

# 胃瘻造設および交換申込書・内視鏡検査前チェックリスト

野村海浜病院 地域連携用 2020.6月

患者氏名			
生年月日	T・S・H 年 月 日	歳	体重 kg
胃瘻の種類	□造設 □交換（種類）		
前回交換日	令和 年 月 日		

※検査を安全におこなうために、下記の内容にお答えください。

## 1. 検査で確認が必要なご病気、お薬について

- ①緑内障 □なし □あり
- ②心臓疾患 □なし □あり  
(狭心症、心筋梗塞、弁膜症、不整脈)
- ③抗不整脈 □なし □あり
- ④抗血栓薬 □なし □あり  
(バイアスピリン、アスピリン、バファリン)  
(エパデール、アンプラグ、プロサイリン)  
(プレタール、ドルナー、★ワーファリン)  
(☆パナルジン、☆プラビックス)  
(◎オパルモン、\*ケタス)  
(その他)

( □指示にて中止不可 □ /より中止)

★☆置換要の場合有、◎閉塞性血栓 \*脳梗塞治療剤

- ⑤ペースメーカー □なし □あり ( )
- ⑥前立腺肥大 □なし □あり ( )
- ⑦甲状腺機能亢進症 □なし □あり ( )
- ⑧高血圧 □なし □あり ( )  
○当日内服あり ○当日内服なし
- ⑨糖尿病 □なし □あり □BS ( )  
( 内服、インシュリン、□低血糖経験あり )
- ⑩体内金属 □なし □あり ( )
- ⑪アレルギー □なし □あり (下記参照)  
( 薬 歯医者での麻酔 食物 ) ( )

- ⑫手術歴 □なし □あり (下記参照)  
○胃全摘 ○胃切除術 ○胆嚢切除術  
○大腸切除術 ( ) ○虫垂切除  
○乳房切除術 (みぎ ひだり)  
○婦人科手術 (卵巣・子宮・帝切)  
○その他

## 2. 内服薬 (抗血栓・抗凝固薬以外)

## 3. 不安、要望など

4. 同意書 □あり □なし

## 5. その他

以上 記載日 (令和 年 / )  
記載者名 ( )