

日時			
氏名		年齢	
生年月日		検査目的	
検査方法	【 経口 ・ 経鼻 ・ 鎮静 】		
心疾患	無 ・ 有		
ペースメーカー	無 ・ 有		
緑内障*	無 有 （ 開放隅角 ・ 閉塞隅角 ・ 不明 ）		
前立腺肥大	無 ・ 有		
糖尿病	無 ・ 有		
高血圧	無 ・ 有		
腎機能障害	無 ・ 有		
閉塞性肺疾患	無 ・ 有		
H.P感染状態	陽性除菌未 ・ 除菌成功 ・ 除菌失敗 ・ 陰性 ・ 未検 ・ 不明		
キシロカイン アレルギー	無 ・ 有		
抗血小板薬**	無 ・ 有 薬剤名()		

* 閉塞隅角緑内障の方の鎮静剤の使用はできません。

鎮静希望で緑内障の種類が不明の場合は検査当日までに眼科受診をし

ミダゾラム使用の可否を確認してください。

* * 抗血小板薬・抗凝固薬の内服中の方については状況により生検検査ができない

場合があります。その際は検査医の判断で後日再検査させていただきます。