

大腸内視鏡検査を受ける方へ(問診票)

氏名 _____

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. 大腸の内視鏡検査を今までに何回受けましたか。(初めて・ 回目)

2. 以下の質問(はい・いいえ)のどちらかに○印をつけてください。

① 心臓は悪いといわれたことがありますか？(はい・いいえ)

(例えば、狭心症、心筋梗塞、心不全、不整脈など)

② 血液を固まらないようにする薬を飲んでいますか？(はい・いいえ)

はいと答えた方 → お薬の名前(_____)

今回の検査のため服用をやめた時期はいつですか(月 日)

③ 血圧の薬を飲んでいますか(はい・いいえ)

④ 糖尿病があり、薬を飲んでいますか？

また、インスリンをうっていますか？(はい・いいえ)

⑤ 眼科で緑内障と言われたことがありますか？(はい・いいえ)

⑥ アレルギー体質ですか(花粉症を除く)？(はい・いいえ)

⑦ 麻酔(手術・歯の治療等)により気分が悪くなったり、じんましんがでたことはありますか？(はい・いいえ)

⑧ 腹部の手術を受けたことがありますか？(はい・いいえ)

はいと答えた方→(時期 _____ 年前 病名 _____ 手術部 _____)

⑨ 前立腺肥大と言われたことがありますか？(男性のみ) (はい・いいえ)

⑩ 現在妊娠している可能性がありますか？(女性のみ) (はい・いいえ)

はいと答えた方→現在妊娠 _____ か月