

患者ID :

カナ氏名 :

漢字氏名 :

生年月日 :

## 大腸内視鏡 問診票

○印をつけて下さい

※検査をするにあたり参考にさせていただきます。

1. 検査は初めてですか はい・いいえ

2. 同意書を読み、鎮痛剤または鎮静剤の使用を希望しますか はい・いいえ

3. 以下の病気がありますか

● 高血圧 (薬の服用 有・無) はい・いいえ

● 心臓病 (薬の服用 有・無) はい・いいえ

● 緑内障 はい・いいえ

● 前立腺肥大 はい・いいえ

● 褐色細胞腫 はい・いいえ

● 喘息 はい・いいえ

● 脳梗塞・脳出血 (薬の服用 有・無) はい・いいえ

● 糖尿病 はい・いいえ

● 肺気腫 はい・いいえ

4. 手術を受けた事がありますか はい・いいえ

※「はい」の方は、何の手術ですか ( )

5. 食品・薬剤のアレルギーがありますか はい・いいえ

※「はい」の方は、何のアレルギーですか ( )

( )

6. 抜歯の時の麻酔で気分が悪くなった事がありますか はい・いいえ

7. 血が止まりにくいと言われた事がありますか はい・いいえ

8. 抗凝固剤(血液の流れを良くする薬)を服用していますか はい・いいえ

※「はい」の方にお聞きします

薬の名前は何ですか ( )

検査のため薬を中止している方は何日から中止していますか ( ) 日から中止)

9. 今回の内視鏡検査で、ご心配な事やご希望などがありましたらお書き下さい。

記載日 西暦 20 年 月 日  ご署名 \_\_\_\_\_

患者さん以外の場合続柄 \_\_\_\_\_