患者ＩＤ：

カナ氏名：

漢字氏名：

生年月日：

大腸内視鏡検査　問診票
○印をつけて下さい

付き添い（ 有 ・ 無 ）

※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．以下の病気がありますか。ある場合は（　　）内に○印をつけて下さい。

（　　）前立腺肥大　（　　）緑内障　（　　）心臓病

（　　）高血圧　（　　）褐色細胞腫　（　　）喘息

（　　）脳梗塞・脳出血　（　　）糖尿病　（　　）肺気腫

３．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。（　　）

４．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。（　　）

５．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

６．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）

７．鎮痛薬使用について

腕から点滴をして鎮痛薬を注射する方法があります。使用すると、半日くらい眠気やフラフラ感が続くことがあり、呼吸数の減少や血圧低下などの偶発症を起こすこともあります。鎮痛薬を使用した場合は、30 分～１時間程度、十分に覚醒するまで院内で休んでいただきます。また、鎮痛薬使用当日は、絶対に車・バイク・自転車の運転はしないでください。鎮痛薬を使用した場合、検査の順番が遅くなる場合があります。

※上記を読み、鎮痛薬の使用を希望しますか。　はい・いいえ

８．ご自身で車・バイク・自転車を運転し、来院しましたか。検査後運転する予定がありますか。

（「はい」の方は鎮痛薬を使用できませんので、ご了承ください。）　はい・いいえ

記載日　西暦 20　　年　　月　　日　ご署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

患者さん以外の場合続柄 ＿＿＿＿＿＿＿＿

特記事項欄:（電話説明時などに使用、詳細はカルテ記載）

日付:　　医療者署名: