

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 （ ） パーキンソン

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

9. 点滴や血圧測定を「右腕」または「ひだり腕」で行ってはいけない。 はい・いいえ

記載日： 年 月 日

氏名（自署）： 患者との関係（本人・その他）

未成年の場合は、親権者の方のご署名をお願いいたします。ただし、15歳以上の未成年の患者の場合は、親権者の他に本人の署名をお願いいたします。

病院記載欄 特記事項（電話説明時などに使用、詳細はカルテ記載）

特記事項記載日

特記事項医療者署名