問診票
（下部内視鏡検査）

年　　月　　日

ふりがな 氏名		生年月日		年 齢	

身長：　　cm　体重：　　kg

①　大腸の内視鏡検査を今までに受けたことがありますか？	はい	いいえ
② 心臓が悪いと言われたことがありますか？ （例えば、狭心症、心筋梗塞、心不全、不整脈など）	はい	いいえ
※「はい」と答えられた方　→心臓ペースメーカーが入っていますか？	はい	いいえ
③血液をサラサラにする薬を飲んでいますか？	はい	いいえ
※「はい」と答えられた方　→薬品名を記入してください（　　）		
④ 糖尿病はありますか？	はい	いいえ
⑤ 緑内障や眼圧が高いと言われたことがありますか？	はい	いいえ
⑥ 食品・薬剤・麻酔剤（キシロカイン）のアレルギーはありますか？	はい	いいえ
※「はい」と答えられた方　→食品・薬品名を記入してください（　　）		
⑦ 男性の方　前立腺肥大はありますか？	はい	いいえ
⑧ 女性の方　授乳中あるいは妊娠の可能性はありますか？	はい	いいえ
⑨ 検査を楽に受けるため鎮静剤（麻酔）を希望しますか？	希望	希望なし
⑩　今までに腹部の手術を受けたことがありますか？	はい	いいえ
※「はい」と答えられた方　→内容・時期を記入してください　（　　）		
⑪　ポリープがあった場合、切除を希望しますか？	希望	希望なし

ご協力ありがとうございました

2024年3月23日改訂

医療法人 康仁会 西の京病院