

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せんか？	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

検査を受ける際のお体の状態やポリープの形状、大きさ、数によっては、切除後、入院が必要となります。ご都合により入院を避けたい方は検査前にあらかじめ医師にお伝えください。

ご協力ありがとうございました

2020年2月1日改訂