

ID

名前

発行日

## 大腸内視鏡問診票

### ◇お薬手帳をご持参下さい◇

◇検査を円滑に行うために、以下の質問にお答えいただき、検査当日に持ちください◇  
当てはまる項目に○印をつけてください。

- 1.内視鏡検査を受けたことはありますか？ ( はい / いいえ )  
「はい」とお答えした方 内視鏡検査は何回経験していますか？ ( 大腸 回 )
- 2.胃・大腸、その他腹部の手術を受けたことはありますか？ ( はい / いいえ )  
( 年 病名 )
- 3.心臓の病気はありますか？ ( はい / いいえ )  
「はい」とお答えした方は病名を教えてください。( )
- 4.心臓にペースメーカーを入れていませんか？ ( はい / いいえ )
- 5.血液をさらさらにする薬を飲んでいませんか？ ( はい / いいえ )  
「はい」とお答えした方 (薬品名: )
- 5-①血液をさらさらにする薬(血液が止まりにくい薬)を休薬している方は期間を教えてください  
( 月 日 ~ 月 日 )
- 5-②血液をさらさらにする薬を変更している場合は教えてください。  
( 月 日 ~ 薬品名: )
- 6.緑内障といわれたことはありますか？ ( はい / いいえ )
- 7.糖尿病といわれたことはありますか？ ( はい / いいえ )
- 8.男性の方にお尋ねします。前立腺肥大症(尿が出にくい)はありますか？ ( はい / いいえ )
- 9.今までに歯科の麻酔で体調が悪くなったことはありますか？ ( はい / いいえ )
- 10.薬による副作用・アレルギーはありますか？ ( はい / いいえ )  
「はい」とお答えした方は、薬品名を教えてください (薬品名: )

### 【検査当日の内服について】

- 今朝お飲みになった薬はありますか？ ( はい / いいえ )  
「はい」とお答えした方 (薬品名: )

※この問診票は、検査毎にその都度記載をお願いしております。ご協力宜しくお願い致します。

関越病院 内視鏡室