

## 下部消化管内視鏡 問診票

フリガナ		性別	男 女	生年月日	大正 昭和 平成
名前					年 月 日 ( 歳)

◆ 内視鏡検査を安全に受けていただくためにお伺いします。□に✓を入れ、お答え下さい。

1. 本日の体調はいかがですか？

- 良い  悪い

BP : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

2. 以前に大腸内視鏡検査を受けたことがありますか？（当院以外でも）

- 初めて  2回目  何度もある

3. 過去に腹部の手術を受けたことがありますか？

- はい（手術名 : \_\_\_\_\_）  
 いいえ

4. 下記の病気がありますか？現在治療中の病気があれば、お選び下さい。

- 特になし  
 高血圧症  狭心症  心筋梗塞  不整脈  脳梗塞・脳出血  
 糖尿病  前立腺肥大症  緑内障  喘息  
 その他（ \_\_\_\_\_ ）

5. 薬のアレルギーはありますか？

- はい（薬剤名 : \_\_\_\_\_）  
 いいえ

6. 検査の際に、その場でポリープを切除することがありますが、検査後1週間以内に旅行やスポーツ、お酒を飲む予定はありますか？

（  はいに✓のある方はポリープの切除ができませんので、ご了承下さい ）

- はい  いいえ

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

（  はいに✓のある方は鎮静剤を使用できませんので、ご了承下さい ）

- はい  いいえ

検査を楽に受けていただくために鎮静剤・鎮痛剤の使用をご希望されますか？

- 希望する  医師と相談して決めたい  希望しない

◆ その他心配なことやお聞きになりたいことがございましたら、遠慮なくスタッフにご質問下さい。