

## 下部消化管内視鏡検査(大腸カメラ)問診票

記入日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

フリガナ( \_\_\_\_\_ )

氏名( \_\_\_\_\_ )

該当する項目に○印をつけてください。

1. 本日の体調は普段とお変わりありませんか？ はい ・ いいえ
2. 今までに内視鏡検査を受けたことはありますか？ はい(胃カメラ、大腸カメラ) ・ いいえ
3. 検査を受けたことがある方は、検査にて具合が悪くなりましたか？  
はい(症状: \_\_\_\_\_ ) ・ いいえ
4. 検査の時に大変だったことがありますか？ はい ・ いいえ  
はいの方へ：便がきれいにならなかった、吐いてしまった、浣腸をかけた  
その他( \_\_\_\_\_ )
5. 普段の排便はどのくらいの頻度でありますか？ 日に \_\_\_\_\_ 回
6. アレルギーはありますか？ はい ・ いいえ  
はいの方へ：歯の麻酔薬、アルコール、その他( \_\_\_\_\_ )
7. 心臓の病気はありますか？ はい ・ いいえ  
はいの方へ：心筋梗塞、狭心症、心臓弁の病気、不整脈、ペースメーカー  
その他( \_\_\_\_\_ )
8. 注射や血圧測定ができない腕がありますか？(乳房手術や透析などで) はい(右・左) ・ いいえ
9. 下記薬剤を使用していますか？ はい ・ いいえ  
はいの方へ：麻薬性鎮痛剤、安定剤、睡眠薬、抗うつ薬
10. 血をさらさらにする薬を飲んでいますか？ はい ・ いいえ  
はいの方へ：薬品名( \_\_\_\_\_ )  
検査の為に中止している はい( \_\_\_\_\_ 日前から) ・ いいえ
11. 下記の病気はありますか？ はい ・ いいえ  
はいの方へ：糖尿病、緑内障、前立腺肥大、高血圧
12. 女性の方へ 妊娠している可能性はありますか？ はい ・ いいえ
13. 開腹手術をしたことがありますか？ はい ・ いいえ  
はいの方へ：どのような手術ですか？( \_\_\_\_\_ )
14. 鎮静剤（眠たくなる薬）、鎮痛剤（痛み止め薬）の使用を希望されますか？  
はい ・ いいえ
15. 本日は車、バイク、自転車など運転せず、公共交通機関でご来院されていますか？  
はい ・ いいえ
16. 連絡のつくご家族の方の連絡先を教えてください。

(フリガナ)

氏名： \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ 連絡先： \_\_\_\_\_

以上です。ありがとうございました。

**このしたクリニック**