

# 【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（ ）

ID番号： KT： °C

氏名（ ）

※検査を円滑かつ安全に行う為に、以下の質問にお答え下さい。該当する項目に○印をつけて下さい。

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？ ☆はいの方のみどちらかに○をして下さい。（胃カメラ・大腸カメラ）	はい・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？ ☆はいの方のみ症状をご記入下さい（症状： ）	はい・いいえ
4. 検査の時に大変だったことがありますか？ ☆はいの方のみご記入下さい。 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（ ）	はい・いいえ
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？ ☆はいの方のみご記入下さい。 歯の麻酔薬、アルコール、その他（ ）	はい・いいえ
7. 心臓の病気はありますか？ ☆はいの方のみご記入下さい。 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（ ）	はい・いいえ
8. 乳房手術や透析などで、注射や血圧測定ができない腕がありますか？ ☆はいの方のみどちらかに○をして下さい。（右腕・左腕）	はい・いいえ
9. 下記薬剤を使用していますか？（はいの方のみ○をして下さい） 麻薬性鎮痛剤・安定剤・睡眠薬・抗うつ薬	はい・いいえ
10. 血をさらさらにする薬剤を飲んでいますか？ ☆はいの方のみご記入下さい。 薬剤名（ ） 検査の為に中止している（ 日前から） ・ 中止していない	はい・いいえ
11. 下記の病気はありますか？（はいの方のみ○をして下さい） 糖尿病、緑内障、前立腺肥大、高血圧、気管支喘息、など	はい・いいえ
12. 女性の方のみ：妊娠している可能性がある、又は、授乳期間中ですか？	はい・いいえ
13. 開腹手術をしたことがありますか？ はいの方のみどのような手術かご記入下さい。（ ）	はい・いいえ
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. 14で「はい」と答えられた方のみ下記のご記入下さい。 自宅から当院までの来院方法を下記に○して、所要時間をご記入下さい 来院方法： 徒歩・電車・バス・家族送迎 その他（ ） 所要時間（ 分）	
※検査当日は車、バイク、自転車の運転はできませんので、ご了承下さい。	
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