

【上部・下部消化管内視鏡検査（胃・大腸カメラ）問診票】

記入日 年 月 日


フリガナ（ ）

氏名（ ）

ID番号： KT： °C

※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、胃カメラ時の喉の麻酔薬、アルコール、ハッカ、ヨード、 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、 β -ブロッカー、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・甲状腺疾患など	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. 経鼻内視鏡ご希望の方のみ：鼻から喉にかけての疾患、治療歴（副鼻腔炎、アレルギー性鼻炎、外傷など）はありますか？	はい・いいえ
15. 鎮静剤（眠くなる薬）、鎮痛剤（痛み止め薬）の使用を希望されますか？	はい・いいえ
16. 15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。	
17. 外せる歯はありますか？	はい・いいえ

裏面に続きます 

18. 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