

## 下部消化管内視鏡検査前問診票

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

御氏名 \_\_\_\_\_ 性別 男・女

生年月日 \_\_\_\_\_

1. これまでに大腸の内視鏡検査を受けられたことはありますか。  
はい・いいえ
2. 現在ほかの医療機関で処方されているお薬はありますか。  
はい・いいえ (「はい」の場合はお薬の名前 )
3. 出血が止まりにくい体質はありますか。  
はい・いいえ
4. 血液をサラサラにするお薬を内服されていますか。  
はい・いいえ (「はい」の場合はお薬の名前 )
5. 腹部の外科手術を受けられたことはありますか。  
はい・いいえ (「はい」の場合は治療内容 )
6. 狭心症や不整脈などの心臓病を指摘されたことはありますか。  
はい・いいえ (「はい」の場合は病名 )
7. 緑内障(眼圧の高値)を指摘されたことはありますか。  
はい・いいえ
8. 男性患者様の場合、前立腺肥大(尿が出にくくなる病気)を指摘されたことはありますか。  
はい・いいえ
9. アルコール・タバコなどの嗜好品を摂取されますか。  
はい・いいえ (「はい」場合 酒 \_\_\_\_\_/日 タバコ \_\_\_\_\_本/日)
10. 歯の治療などの麻酔で気分不良やショックになったことはありますか。  
はい・いいえ
11. 入れ歯や差し歯、抜けかけの歯はありますか。  
はい・いいえ
12. アルコールをふくめ、お薬のアレルギーはありますか？  
はい・いいえ (「はい」の場合お薬の名前 )
13. その他、医師や看護師にお伝えしたいことはあれば記載してください。  
( )

問診は以上です。ご協力ありがとうございました。

この用紙は受付へ提出してください。