

# 大腸内視鏡検査 問診票

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日

検査を安全に行うために以下の質問にお答えください。 年 月 日

|                  |                                                                                                                                                                                                                          |                                    |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| ①                | 今までに、大腸の内視鏡検査を受けたことがありますか？                                                                                                                                                                                               | はい ・ いいえ                           |
| ②                | 今回、検査を受けられる理由は何ですか？                                                                                                                                                                                                      |                                    |
|                  | <input type="checkbox"/> 大腸がん検診・便潜血検査でひっかかった<br><input type="checkbox"/> 便が出にくい、便秘<br><input type="checkbox"/> 排便時出血がある、血便が出る<br><input type="checkbox"/> 下痢が続いている<br><input type="checkbox"/> 以前に大腸ポリープを指摘された<br>その他（ ） |                                    |
| ③                | 普段、便秘がちですか？                                                                                                                                                                                                              | はい→下剤を使用（している・していない） ・ いいえ         |
| ④                | 検査日の来院の交通手段は何ですか？                                                                                                                                                                                                        | 車・バイク・自転車・バス・地下鉄・徒歩<br>タクシー・その他（ ） |
| ⑤                | 今までに、腹部の手術を受けたことがありますか？                                                                                                                                                                                                  | はい ・ いいえ                           |
|                  | 「はい」の方は内容・時期を教えてください。                                                                                                                                                                                                    |                                    |
| ⑥                | 下記の病気をしたことがありますか？                                                                                                                                                                                                        | はい（病名を○で囲んでください） ・ いいえ             |
|                  | 心臓病 緑内障 前立腺肥大症 高血圧 糖尿病 甲状腺機能亢進症<br>気管支喘息 腎透析 心臓ペースメーカー                                                                                                                                                                   |                                    |
| ⑥                | 普段、常用しているお薬はありますか？                                                                                                                                                                                                       | はい（下記に記載してください） ・ いいえ              |
|                  | あればお薬の名前を記入するか、お薬手帳を持参してください。                                                                                                                                                                                            |                                    |
| ⑧                | 今までに、お薬でアレルギーを起こしたことがありますか？                                                                                                                                                                                              | はい ・ いいえ                           |
|                  | 「はい」の方はお薬の名前や種類が分かれば記入してください。                                                                                                                                                                                            |                                    |
| ⑨                | 今までに、歯科処置の麻酔注射やけがの処置などの局所麻酔で具合が悪くなったことがありますか？                                                                                                                                                                            | はい ・ いいえ                           |
| ⑩                | 抗凝固剤、抗血小板剤などの血液をサラサラにする薬を飲んでいますか？                                                                                                                                                                                        | はい ・ いいえ                           |
|                  | 「はい」の方はお薬の名前や種類が分かれば記入するか、お薬手帳を持参してください。<br><div style="text-align: right;">□休薬中 年 月 日から</div>                                                                                                                           |                                    |
| 【以下は女性のみお答えください】 |                                                                                                                                                                                                                          |                                    |
| ⑪                | 妊娠の可能性はありますか？                                                                                                                                                                                                            | はい ・ いいえ                           |
| ⑫                | 授乳はしていますか？                                                                                                                                                                                                               | はい ・ いいえ                           |

※わからないこと、おたずねになりたいことがございましたら、下記へお問い合わせください。

いとう医院 （内科・消化器内科・循環器内科）

名古屋市瑞穂区弥富通 2 - 1 2 TEL 052-831-1124