❖ 大腸内視鏡検査　問診票 ❖

記載日　＿＿＿年　＿＿月　＿＿日　　氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

該当する項目に〇をし、お手数ですが詳細もご記入ください。

＜検査について＞

♦以前、大腸内視鏡検査を受けたことがありますか？

ない（今日が初めて）・ ある ➡ どこで受けましたか？　**当院で・他院で（　）年前に**

検査は苦痛なく受けられましたか？　**問題なかった・許容範囲内・辛かった**

♦検査の結果指摘された病気・異常はありますか？　例）ポリープ　など

ない ・ ある ➡ 具体的に（　　）

♦検査を受けるにあたって、気になる症状はありますか？

ない ・ ある ➡ 具体的に（　　）

♦普段の排便はいかがですか？

普通（毎日排便がある）・ 便秘気味（　）日おき ・ 下痢気味 ・ 便秘と下痢の繰り返し

♦過去に腹部の手術を受けたことがありますか？

ない ・ ある ➡ 虫垂炎 ・ 子宮筋腫 ・ 卵巣のう腫 ・ 帝王切開 ・ 腹腔鏡

上記以外、その他（　　）

＊＊

＜検査に使用するお薬に関連しての質問＞

♦下記で治療中・内服中の病気や妊娠など該当するものはありますか？

ない ・ ある　（該当する場合〇をして下さい）

緑内障　不整脈　前立腺肥大症（尿が出にくい）　甲状腺機能亢進症

糖尿病　高血圧　鼠径ヘルニア　妊娠中　授乳中

♦上記以外に、治療中・内服中の病気はありますか？

ない ・ ある ➡ 具体的に（　　）

♦血液を固まりにくくするお薬を飲んでいますか？

いいえ ・ はい ➡ お薬の名前（　　）

（例：バイアスピリン　小児用バファリン　ワーファリン　プラザキサ　エパデール　など）

♦お薬を休薬していますか？

いいえ ・ はい ➡（　）日前より休薬している

♦麻酔薬による副作用やお薬のアレルギーはありますか？

ない ・ ある ➡ お薬の名前（　　）　症状（　　）

♦検査の際に鎮静剤・鎮痛剤を希望しますか？（緑内障の方は鎮静剤が使用できません。）

いいえ ・ はい