

下部内視鏡検査 問診票

記載日 年 月 日

お名前 _____ 年齢 _____ 才 _____ 男 ・ 女 _____

Q1. かかりつけ医さまからのご紹介ですか？

いいえ はい（かかりつけ医さまの名称： _____ ）

Q2. 下部消化管内視鏡（大腸カメラ）検査は受けたことがありますか？

初めて あります（前回検査： _____ 年ごろ）

Q3. 当てはまる症状を教えてください

便潜血反応が陽性 血便 便秘や下痢 便が細い
 定期検査 その他（ _____ ）

Q4. 薬のアレルギーはありますか？

いいえ はい（薬剤名 _____ ）

Q5. 血をサラサラにする薬を服用されていますか？（必ず申し出てください）

いいえ はい（薬剤名 _____ ）
※おくすり手帳などをご持参ください

当院記入欄 （薬剤名など）

Q6. 現在、かかられているご病気はありますか？

特にない
 糖尿病 高血圧 貧血 狭心症 心筋梗塞 透析 緑内障
 脳卒中による麻痺 ペースメーカーを入れている （男性の方）前立腺肥大
 （女性の方）妊娠あるいはその可能性がある

Q7. その他、気になることがあればご記入ください

（ _____ ）