

上部(胃)・下部(大腸)内視鏡検査を受けるにあたっての問診票

平成 年 月 日

(氏名) _____

1) 今までに、お薬や造影剤、食品でアレルギーを起こしたことはありますか？

【 はい ・ いいえ 】

※ はいとお答えの方：薬の内容：()

2) 歯科治療の際などで、麻酔薬で気分が悪くなったことがありますか？

【 はい ・ いいえ 】

3) 高血圧、糖尿病など病院にかかっている病気がありますか？

【 はい ・ いいえ 】

※はいとお答えの方：薬を飲んでいますか？ 【 はい ・ いいえ 】

病名：

お薬名：

4) 心臓病・脳梗塞などで、血液の流れを良くする薬(ワーファリン、バファリン、パナルジンなどの抗血小板剤や抗凝固剤)を飲んでいますか？

【 はい ・ いいえ 】

！！注意！！

これらの薬を飲まれている方は、あらかじめ服用を中止しておかないと、検査・治療が出来ない場合があります。必ず、医師に相談し、指示をお守りください。

5) 緑内障と言われたことはありますか？ 【 はい ・ いいえ 】

6) 前立腺肥大と言われたことはありますか？ 【 はい ・ いいえ 】

7) 検査時、病変があった場合、組織検査を希望されますか？

【 はい ・ いいえ 】

下部消化管検査(大腸)を受けられる方へ

8) 普段、排便の調子はいかがですか？ 【 良い ・ 普通 ・ 便秘 】

※ 記入漏れがないかご確認のうえ、必ず提出して下さい。

検査について不明な点がありましたら、お気軽にご相談ください。