

(大腸カメラ) 問診票

令和 年 月 日

患者番号 _____

氏 名 _____

上記の検査を行うに当たり、以下の質問にお答え下さい。

①	大腸カメラ受けたことがありますか？	ある	なし								
	今回の検査は何回目ですか？	初めて	回目								
最後に大腸カメラをしたのはいつですか？(年 月) それは(特定検診 ・ 一般外来)どちらですか？ どちらかに○をつけて下さい。											
②	以前の検査で何か言われたことがある方はお書き下さい。 [_____]										
③	今までに下記の病気または症状があると言われた方はあてはまる所に○をつけて下さい。 <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="padding: 2px 10px 2px 20px;">・心臓の病気(心筋梗塞・狭心症 など)</td> <td style="padding: 2px 10px 2px 20px;">・緑内障または眼圧が高い</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px 2px 20px;">・高血圧または血圧が高い</td> <td style="padding: 2px 10px 2px 20px;">・前立腺肥大症または尿が出にくい</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px 2px 20px;">・気管支喘息</td> <td style="padding: 2px 10px 2px 20px;">・糖尿病または血糖値が高い</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px 2px 20px;">・その他(_____)</td> <td></td> </tr> </table>			・心臓の病気(心筋梗塞・狭心症 など)	・緑内障または眼圧が高い	・高血圧または血圧が高い	・前立腺肥大症または尿が出にくい	・気管支喘息	・糖尿病または血糖値が高い	・その他(_____)	
・心臓の病気(心筋梗塞・狭心症 など)	・緑内障または眼圧が高い										
・高血圧または血圧が高い	・前立腺肥大症または尿が出にくい										
・気管支喘息	・糖尿病または血糖値が高い										
・その他(_____)											
④	局所麻酔薬で、ご気分が悪くなられたことはありますか？	はい	いいえ								
⑤	手術を受けたことがありますか？ いつ頃？ _____ 年 手術名 [_____]	はい	いいえ								
⑥	現在透析中ですか？	はい	いいえ								
⑦	現在、治療中の病気のある方、お薬を服用中の方はお書き下さい。 <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="padding: 2px 10px 2px 20px;">医療機関名:</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px 2px 20px;">どの様なお薬ですか:</td> <td></td> </tr> </table>			医療機関名:		どの様なお薬ですか:					
医療機関名:											
どの様なお薬ですか:											
⑧	抗凝固剤、血液の流れを良くするお薬を飲んでいますか？	はい	いいえ								
⑨	⑧で「はい」とお答えの方は内服しているお薬を教えてください ワルファリン プレタール バイアスピリン プラビックス エリキュース プラザキサ イグザレルト その他(_____)										
⑩	下剤を内服していますか？	はい	いいえ								
⑪	排便は毎日ありますか？	はい	いいえ								
⑫	喘息・アレルギー体質がありますか？	はい	いいえ								
⑬	体に合わないお薬があればお書き下さい。 [_____]										
⑭	女性の方へ 現在妊娠中ですか？	はい	いいえ								
⑮	検査に関して、その他ご希望等ございましたら、お知らせ下さい。 (例:癌が疑われた場合、告知をしてほしくない。 など) [_____]										

特記事項