

★検査当日は、この用紙を必ずご持参ください★

大腸内視鏡検査問診票

記載日： 年 月 日

患者番号： _____

様

(性別：) (年齢：)

この用紙は安全に検査を受けていただく為の必要な問診です。
該当するものにし点を入れてください。

1. 今までに大腸内視鏡検査を受けたことがありますか *『はい』と答えた方 → 当院で受けたものですか いつ頃受けましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 1年以内
2. 1で『はい』と答えた方にお伺いします。以前の検査はどうでしたか <input type="checkbox"/> 楽だった <input type="checkbox"/> 我慢できる程度の痛みだった <input type="checkbox"/> 痛みが強かった <input type="checkbox"/> 具合が悪くなった	
3. 検査を受けようと思われた理由に当てはまるものを選んでください(複数回答可) <input type="checkbox"/> 健診で勧められた <input type="checkbox"/> 腹部不快感 <input type="checkbox"/> 体重減少 <input type="checkbox"/> 定期健診 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 便に血が混じる <input type="checkbox"/> その他 ()	
4. 体内に金属・人工骨頭・ボルト・ペースメーカー・血糖測定器などありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5. ①心臓の病気はありますか *『はい』と答えた方は病名を選んでください <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
②血液を固まりにくくする薬を飲んでいませんか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
③糖尿病はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
④緑内障または眼圧が高いといわれたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑤男性の方にお伺いします 前立腺肥大または尿が出にくい事がありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑥腹部の手術を受けた事がありますか(例:25歳 帝王切開・30歳 虫垂炎) *『はい』と答えた方 → (時期 歳) (病名)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑦アレルギーはありますか(食べ物・薬など…) *『はい』と答えた方 何のアレルギー症状ですか ()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑧歯の麻酔や胃カメラ時の咽頭麻酔で気分が悪くなった事がありますか *『はい』と答えた方 → 症状を記入してください <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 意識消失 <input type="checkbox"/> 蕁麻疹 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑨乳房切除術を受けた方にお伺いします。どちらの胸ですか	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
⑩透析されている方にお伺いします。シャントはどちらの腕ですか	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
⑪輸血が必要な場合、受ける事ができない特別な理由がありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

6. 検査に関して、あるいはその他のことでご心配やご要望をご記入ください