

問診票

予約日 月 日 時 分

安全な内視鏡検査を行うため、以下の質問に必ずご記入ください。

- ・緑内障（眼圧が高い）と言われたり治療を受けたりしたことがありますか？（はい・いいえ）
- ・心臓病（狭心症・心筋梗塞など）や不整脈と言われたことがありますか？（はい・いいえ）
- ・男性の方で前立腺肥大（尿が出にくい）と言われたことがありますか？（はい・いいえ）
- ・女性の方は妊娠の可能性ありますか？（はい・いいえ）
- ・授乳中ですか？（はい・いいえ）
- ・糖尿病と言われたり、治療を受けていたりしますか？（はい・いいえ）
- ・歯科などで局所麻酔を受けて、気分が悪くなったことがありますか？（はい・いいえ）
- ・心臓病（狭心症、心筋梗塞、不整脈、弁膜症など）や血管の病気、脳神経の病気（脳梗塞など）でバファリン、バイアスピリン、パナルジン、プレタール、プラビックス、ワーファリン、プラザキサ、リクシアナ、イグザレルト、エリキュース、エパデールなど血液をサラサラにし固まりにくくするお薬をお飲みになって
いますか？（はい・いいえ）

「はい」と答えたかたは薬品名をお知らせ下さい。

薬品名：_____

- ・薬のアレルギーはありますか？（はい・いいえ）

「はい」と答えたかたは薬品名をお知らせ下さい。

薬品名：_____

- ・耳鼻咽喉科で鼻が悪いと言われたことはありますか？（はい・いいえ）
- ・鼻血が良く出ますか？血が止まりにくいですか？（はい・いいえ）

アルコール摂取・喫煙に関する質問です

- ・毎日日本酒1合換算以上のアルコールを摂取なさいますか？（はい・いいえ）

日本酒1合：焼酎0.6合、泡盛0.5合、ビール大ビン1本、ワイングラス2杯（240ml）ウイスキーダブルで1杯

- ・喫煙なさいますか？（いいえ・はい） 1日あたり___本 喫煙期間___年

下部消化管内視鏡検査（大腸の内視鏡検査）を受けられる方へ

- ・お腹の手術を受けられたことがありますか？（はい・いいえ）

「はい」と答えたかたは病名・手術方法（開腹・内視鏡手術など）をお知らせ下さい。

病名：_____

手術方法：_____

- ・普段、便秘や硬い便でお悩みですか？（はい・いいえ）
- ・他施設で以前、下部消化管内視鏡検査を受けて、「腸が長くて最後まで到達しなかった・特別に長いスコープを使用してやっと到達した」というエピソードはありますか？（はい・いいえ）

20__年__月__日 お名前：_____

西村内科胃腸科医院

注射の麻酔希望 有・無