

大腸内視鏡(大腸カメラ)検査のための問診票

記載日： 年 月 日 ()

フリガナ 氏 名	(男 ・ 女)	生年月日 年 月 日	年齢 歳
-------------	-----------	---------------	---------

以下の質問で当てはまる項目にレ印または、○で囲んでください。

1. 現在、以下であてはまる病気はありますか？

あり (糖尿病・高血圧・心臓の病気・脳の病気・呼吸器の病気・緑内障・前立腺肥大症)

なし

その他 ()

心臓にペースメーカーをいれていますか？ (はい ・ いいえ)

体内に金属がはいつていますか？ (はい ・ いいえ)

便秘はありますか？ (はい ・ いいえ)

お腹の手術をしたことがありますか？

はい ※病名() いいえ

2. 血をサラサラにする薬(血が止まりにくい薬)を飲まれていますか？ (はい ・ いいえ)

現在服用中の薬はありますか？ (はい ・ いいえ)

3. 薬のアレルギーはありますか？ (はい ・ いいえ)

4. 今までに、大腸カメラ(大腸内視鏡)検査を受けたことはありますか？

はい ※病名()

前回検査日(年 月 日)

ポリープの切除 (あり ・ なし)

いいえ(初めて)

5. (女性の方のみ)現在妊娠中または、妊娠している可能性はありますか？ 現在授乳中ですか？

(はい ・ いいえ)

6. その他気になることがありましたら、お書き下さい。

ご協力ありがとうございました。