

消化器内視鏡検査前の問診票

お名前 _____ 年齢 ____ 才 検査日 ____ 月 ____ 日

以下の項目に○をつけて、検査当日に内視鏡センターのスタッフにお渡してください。

1. 血液が固まりにくくなる薬やサラサラにする薬を内服中ですか。 (はい・いいえ)

はいの方のみ：何という薬ですか ()

その薬は本日飲んでいますか (はい・ 月 日から飲んでいない)

2. 以下の項目で該当するものに○をつけてください。

① 心臓病や不整脈がある (はい・いいえ)

② 緑内障もしくは眼圧が高い (はい・いいえ)

③ 甲状腺機能亢進症がある (はい・いいえ)

④ 男性の方：前立腺肥大を指摘されたことがある (はい・いいえ)

⑤ 女性の方：現在妊娠中、もしくは妊娠の可能性がある、あるいは授乳中 (はい・いいえ)

⑥ ヨードアレルギー（造影 CT など）があると指摘されたことがある (はい・いいえ)

⑦ キシロカインアレルギー（歯医者での局所麻酔、胃カメラの喉麻酔など）があると
指摘されたことがある (はい・いいえ)

⑧ 薬剤・食事などのアレルギーがある (はい・いいえ)

はいの方のみ：内容 ()

3. 胃カメラを受けられる方にお伺いします。

① 今までに胃カメラを受けたことはありますか？ (はい・いいえ)

はいの方のみ：胃カメラ検査を受けて異常を指摘されたことはありますか？

()

② ピロリ菌の検査をしたことはありますか？

結果はどうでしたか？ (陽性・陰性・していない)

陽性の方のみ：ピロリ菌を除菌しましたか？ (はい・いいえ)

4. 大腸カメラを受けられる方にお伺いします。

① 今までに大腸カメラを受けたことはありますか？ (はい・いいえ)

② 腹部の手術歴はありますか？ (はい・いいえ)

はいの方のみ：手術内容 ()

③ 人工肛門(ストーマ)はありますか？ (はい・いいえ)

④ 検査当日に記載してください。本日排便はありましたか？ (はい・いいえ)

いいえの方のみ：最終排便はいつですか ()

5. 上記以外に何か持病や、医師やスタッフに知っておいて欲しい事などがあれば、ご記入ください。