

消化管内視鏡検査 問診票

■お名前 _____ 様 ■ご記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

検査を安全に行うために必要な問診です。あてはまる項目に○をしてください。

問診内容	ご回答欄	
今までに内視鏡（胃カメラ、大腸カメラ）を受けたことがありますか。	はい	いいえ
血圧が高いと言われたことがありますか。	はい	いいえ
心臓が悪い（狭心症、心筋梗塞、不整脈）と言われたことがありますか。	はい	いいえ
緑内障と言われたことがありますか。	はい	いいえ
（男性の方のみ）尿が近い、尿が出にくいなどの症状がありますか。または前立腺肥大と言われたことがありますか。	はい	いいえ
糖尿病と言われたことがありますか。	はい	いいえ
褐色細胞腫と言われことがありますか。	はい	いいえ
おなかの手術を受けたことがありますか。	はい	いいえ
気管支喘息やアトピー性皮膚炎などアレルギー体質と言われたことがありますか。	はい	いいえ
薬でアレルギーが出たことはありますか。 その名前 ：	はい	いいえ
歯医者さんの麻酔（キシロカイン）でアレルギーが出たことはありますか。	はい	いいえ
入れ歯等、取り外せる義歯をしていますか。	はい	いいえ
歯医者さんで治療中の歯や、ぐらついた歯はありますか。	はい	いいえ
血をかたまりにくくするお薬を飲まれていますか？（代表的な薬剤として、バイアスピリン、ワーファリン、パナルジン、プラビックス、プラザキサ、イグザレルトなどが挙げられます）	はい	いいえ
体調で気になることはありますか。	はい	いいえ

■検査日

■担当医

■担当スタッフ