

内視鏡検査（胃カメラ・大腸カメラ） 問診票

記入日 年 月 日

ふりがな

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 性別 男 ・ 女

今までに内視鏡検査を受けたことがありますか？ ※はいの方→（胃カメラ ・ 大腸カメラ）	はい ・ いいえ
検査を受けたことがある方は、検査でお困りのことはありましたか？ ※はいの方→（	はい ・ いいえ
排便はどのくらいの頻度でありますか？	日に 回
お腹の手術をしたことがありますか？ ※はいの方→（病名	はい ・ いいえ
血をさらさらにする薬（血栓予防の薬）をのんでいますか？ ※はいの方→薬剤名（	はい ・ いいえ
アレルギーはありますか？ ※はいの方→歯科の麻酔薬 ・ アルコール ・ その他（	はい ・ いいえ
心臓の病気はありますか？ ※はいの方→心筋梗塞、狭心症、不整脈、ペースメーカー、その他	はい ・ いいえ
下記の病気はありますか？ ※はいの方→緑内障、糖尿病、前立腺肥大症、重症筋無力症、HIV 感染、 甲状腺機能亢進症、体内金属あり（部位	はい ・ いいえ
乳房手術や透析などで、注射や血圧測定ができない腕がありますか？ ※はいの方→（右腕 ・ 左腕）	はい ・ いいえ
外せる歯はありますか？	はい ・ いいえ
鎮静剤（眠たくなる薬）の使用を希望されますか？	はい ・ いいえ
妊娠中ですか？妊娠している可能性がありますか？授乳中ですか？	はい ・ いいえ
緊急連絡先： 氏名： ご本人との関係： 連絡先	

ご記入ありがとうございました。

あかさかファミリークリニック