

## 胃・大腸内視鏡検査問診票

検査日 令和 年 月 日 氏名( )  
 記載日 令和 年 月 日 記載者 本人・家族・その他( )

※検査を安全に受けていただくため、検査予定日の間際にお書きいただくようお願いいたします。

1	これまでに内視鏡検査を受けたことがありますか □胃カメラ □大腸カメラ	はい ・ いいえ
2	検査中や検査後に気分が悪くなったことがありますか	はい ・ いいえ
3	ぐらついた歯や、口の中に傷や痛みはありますか	はい ・ いいえ
4	歯の治療で使用する麻酔で気分が悪くなったことはありますか	はい ・ いいえ
5	これまでに使用した薬や食品でアレルギーを起こしたことがありますか (薬品名                      食品名                      )	はい ・ いいえ
6	心臓が悪いと言われたことがありますか (心筋梗塞・心房細動・狭心症・心不全・その他：      など)	はい ・ いいえ
7	心臓ペースメーカーが入っていますか	はい ・ いいえ
8	眼科で緑内障や眼圧が高いと言われたことがありますか	はい ・ いいえ
9	(男性のみ) 前立腺肥大・尿が出にくいなどの症状はありますか	はい ・ いいえ
10	血液がとまりにくい病気がありますか	はい ・ いいえ
11	糖尿病で治療中ですか(□内服あり □インスリン注射あり)	はい ・ いいえ
12	高血圧で内服中ですか	はい ・ いいえ
13	褐色細胞腫と言われたことがありますか	はい ・ いいえ
14	腹部の手術を受けたことがありますか (例えば 盲腸・胃・胆嚢・子宮・卵巣など)	はい ・ いいえ
15	(女性のみ) 現在妊娠中もしくは授乳中ですか	はい ・ いいえ
16	(大腸内視鏡検査の方のみ) 便秘ですか	はい ・ いいえ
17	血液がサラサラになる薬を飲んでいませんか ※以下の薬剤に当てはまるものに○をしてください ・ワーファリン ・バイアスピリン ・パナルジン ・アンプラ ーグ ・クロピドグレル ・プレタール ・プラビックス ・エ パデール ・リクシアナ ・エリキューズ ・その他( ) 中止薬はいつから中止していますか( 年 月 日)	はい ・ いいえ

検査当日はお薬手帳又は説明書を持参いただきますようお願いいたします

公立香住病院内視鏡室