

内視鏡検査問診票 (わかる範囲でご記入ください) 令和 年 月 日

お名前:	性別	男	女	年齢	歳
	身長	cm		体重	kg
看護師記入欄:検査当日の血圧 / mmHg					
1. この内視鏡検査(胃または大腸)は、今回で何回目ですか？ →初めて・()回目					
2. 以前の検査で苦しかったことなど、ご心配なことがありましたらご記入ください。					
3. 下記の病気がありますか？(あれば、すべてに○) 1)高血圧、心臓病、不整脈、狭心症、心筋梗塞、心不全 2)緑内障(眼圧が高い) 3)前立腺肥大症(尿が出にくい) 4)その他:慢性肺疾患(呼吸不全)・糖尿病・肝臓病・結核・重症筋無力症・褐色細胞腫 5)お腹の手術(胃・大腸・肝臓・胆嚢・子宮・卵巣・膀胱など)を受けた。 (昭和・平成・令和 年頃、病名:) 6)以上のいずれもない					
4. 現在、心臓病や脳梗塞などで抗凝固薬、抗血小板薬(血液を固まりにくくするお薬)を飲んでいますか？ → はい(薬剤名:)・いいえ					
5. 今までに麻酔(例:歯を抜く時の注射)を使用して気分が悪くなったことがありますか？ → はい・いいえ					
6. アレルギー症状が出たことがありますか？ → はい(薬剤名:その他原因:)・いいえ					
7. 大腸検査を受けられる場合 :便秘はありますか？ → はい(下剤の内服:あり・なし) ・いいえ					