

スキャンは問診用紙①②を重ねてスキャンしてください

問診用紙①(大腸内視鏡検査を受けられる方へ)

ID _____ 氏名： _____ 様 年齢： _____ 歳 性別： _____

検査を安全に行うために、以下の質問にお答えください。検査日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

大腸内視鏡検査を受けられたことがありますか？	はい ・ いいえ
* 「はい」とお答えの方： 以前検査を受けたときに具合が悪くなったことがありますか？	はい ・ いいえ
心臓の病気はありますか？	はい ・ いいえ
* 「はい」とお答えの方、病名などおわかりであればお書きください。 ご病気名(不整脈・狭心症・心筋梗塞・その他 _____)	
血圧が高いと言われたことがありますか？	はい ・ いいえ
血液を固まりにくくするお薬を飲んでいますか？	はい ・ いいえ
* 「はい」とお答えの方：①お薬の名前など、おわかりであればお書きください。 お薬名(ワーファリン・パナルジン・バファリン・その他 _____) ②そのお薬はいつまで飲みましたか？ _____ 月 _____ 日まで飲みました	
緑内障(眼圧が高い)と言われたことがありますか？	はい ・ いいえ
糖尿病がありますか？	はい ・ いいえ
* 血糖値を下げるお薬やインスリン注射を使っていますか？ 「はい」とお答えの方、今朝は使っていますか？	はい ・ いいえ はい ・ いいえ
男性の方にお尋ねします。 前立腺肥大症(尿が出にくい)といわれたことがありますか？	はい ・ いいえ
女性の方にお尋ねします。 妊娠、または授乳中ですか？	はい →→→ 妊娠中(妊娠 _____ ヶ月) ・ いいえ 妊娠の可能性あり・授乳中
今までに歯科の麻酔で具合が悪くなったことがありますか？	はい ・ いいえ
その他、薬でアレルギー等が出現して具合が悪くなったことがありますか？	はい ・ いいえ
* 「はい」とお答えの方、薬の名前などおわかりであればお書き下さい。 (_____)	

* 検査についてご不安やご要望があれば下記にご記入下さい。(太枠内は記入不要です。)

記入欄：	スタッフ確認サイン
	検査後運転(する・しない)
	当日朝食時(した・していない)
	独歩(可・不可)

問診用紙②(大腸内視鏡検査を受けられる方へ)

検査日： 年 月 日

氏名： 様 年齢： 歳 性

検査を安全に行うために、なるべく詳細にお答えください。

大腸内視鏡を受けられたことがありますか？ (はい・いいえ)

*「はい」とお答えの方にお聞きします

①以前の検査時の下剤内服中に嘔吐したり気分が悪くなったことがありますか？

はい(嘔吐した・気分が悪くなった・最後まで服用できなかった)・いいえ

②腸洗浄液できれいになりましたか

(すぐにきれいになった・なかなかきれいにならなかった)

*追加の処置をおこないましたか？

いいえ・はい(下剤を追加で内服した・腸を洗う処置をした・その他)

③以前の検査についてお聞きします

(がまんできる範囲の痛みだった・痛みが強かった・挿入に時間がかかった)

手術を受けられたことがありますか？

いいえ・はい…腹部(胃・大腸・胆のう・虫垂・子宮・卵巣・その他)

心臓ペースメーカーなど、その他()

普段の便通はいかがですか？

(ひどく便秘・1~3日に一度・毎日・下痢・その他)

現在、腹部症状はありませんか？

なし・あり(吐き気や嘔吐・腹部膨満感・腹痛・血便)

*ここ数日間の排便状態をわかる範囲内で記載してください

	3日前	2日前	前日	当日朝
排便の有無(○・×)				
下剤・検査食使用の有無(○・×)				

大腸内視鏡の検査の方は問診用紙が2枚あります。

検査当日はこの問診用紙を忘れずにお持ちください。