

# 大腸カメラ検査問診票

検査を円滑に受けていただく為に、少し眠くなる注射や、腸の動きを止める注射を使用することがあります。安全に前処置を行う為、問診表の記入にご協力ください。

1	体重は何キロですか ( ) kg		
2	おなかの手術を受けたことがありますか？ 胃・大腸・盲腸・胆のう・子宮・卵巣・その他 ( )	はい	いいえ
3	自動車、バイク、自転車で来院されましたか？	はい	いいえ
4	鎮静剤の使用を希望されますか？	はい	いいえ
5	薬のアレルギーはありますか？ 麻酔薬（キシロカイン）、アルコール消毒薬など	はい	いいえ
6	狭心症、心筋梗塞、不整脈はありますか？	はい	いいえ
7	緑内障はありますか？	はい	いいえ
8	男性の方：尿が出にくい症状（前立腺肥大症）はありますか？	はい	いいえ
9	抗血栓剤（血液をサラサラにする薬）を飲んでいますか。	はい	いいえ
	薬剤名： 検査のため、この薬剤を： 月 日から中止しています。		
10	女性の方：妊娠の可能性はありますか。	はい	いいえ
11	大腸カメラを受けたことがありますか。 どこの病院でいつ頃ですか。 ( ) 病院（医院）で ( ) 頃	はい	いいえ

記入日： 令和 年 月 日

お名前： ( ) 歳 ( 男 ・ 女 )



えだがわ胃腸内科クリニック