

内視鏡検査前の問診表

1. 内視鏡検査を受けられたことはありますか？

胃カメラ ない ある

大腸カメラ ない ある

2. 現在、他院でお薬を処方されていますか？

いいえ はい (薬名: _____)

3. 血液をサラサラにする薬 (バイアスピリンやワーファリンなど) を内服中ですか？

いいえ はい (薬名: _____)

4. 狭心症・心筋梗塞・不整脈を指摘されていますか？ いいえ はい

5. 心臓ペースメーカーの装着はされていますか。 いいえ はい

6. 緑内障 (眼圧が高い) を指摘されていますか？ いいえ はい

7. (男性の方へ) 前立腺肥大 (尿が出にくい) を指摘されていますか？

いいえ はい

8. (女性の方へ) 妊娠中または授乳中ですか？ いいえ はい

9. 高血圧を指摘されていますか？ いいえ はい

10. 糖尿病を指摘されていますか？ いいえ はい

11. 歯の治療などの麻酔で気分不良やショックになったことはありますか？

ない ある (症状: _____)

11. 入れ歯はありますか？ ない ある

12. お薬のアレルギーはありますか？

ない ある (薬剤: _____)

氏名 _____ 男 ・ 女