

## 内視鏡検査前の問診票

1. 胃カメラ検査を受けられたことはありますか？ いいえ はい  
今までに胃の病気と診断された事がありますか？ いいえ はい  
・はいの方（病名 \_\_\_\_\_） 胃の手術 いいえ はい
2. 大腸内視鏡検査を受けられたことはありますか？ いいえ はい  
今までに大腸の病気と診断された事がありますか？ いいえ はい  
・はいの方（病名 \_\_\_\_\_） 大腸の手術 いいえ はい
3. 現在、他院でお薬を処方されていますか？  
いいえ はい（薬名： \_\_\_\_\_）
4. 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： \_\_\_\_\_）
5. 下記の病気で治療を受けていますか？  
前立腺肥大 狭心症 心筋梗塞 不整脈 糖尿病 高血圧
6. 緑内障（眼圧が高い）を指摘されていますか？ いいえ はい  
・はいの方 最近強い眼の痛み・充血・視力低下がありますか？（急性狭隅角緑内障）  
いいえ はい
7. 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
8. 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  
いいえ はい（症状： \_\_\_\_\_）
9. 入れ歯はありますか？ いいえ はい
10. お薬のアレルギーはありますか？  
いいえ はい（薬剤： \_\_\_\_\_）
11. （女性の方へ）妊娠中または授乳中ですか？ いいえ はい

氏名 \_\_\_\_\_ 男 ・ 女