

下部消化管内視鏡検査のための問診票

記入日 年 月 日

検査を受ける方の個々の状況に応じて、より安全で効率的な内視鏡検査を行うための問診票です
以下の質問で当てはまる項目に✓印、または○で囲んでください。

1.薬のアレルギーがありますか？「あり」の方は薬剤名に○をつけてください。

なし

あり（アルコール、ブスコパン、グルカゴン、ヨード、キシロカイン、その他：薬の名前

2.以下の病気を言われたことがありますか？

なし

あり（狭心症・不整脈等の心疾患、緑内障、前立腺肥大、糖尿病、高血圧）

3.抗血栓薬（血液をさらさらにする薬、血が止まりにくくなる薬）を飲んでいますか？

飲んでいる（薬名： ） → 検査時にもう一度詳しくお聞きします。

飲んでいない

4.おタバコは吸いますか、吸っていたことがありますか？

吸っている 以前吸っていたがやめた 吸わない

5.お酒は飲みますか？ 顔は赤くなりやすいですか？

顔が赤くなりやすい 飲まない

週に3日以上飲む 機会があるときだけ飲酒をする

6.両親、兄弟・姉妹・実子にがんの方はいらっしゃいますか？

いる（誰がどんながん： ）

いない

7.ご自身はがんを患ったことはありますか？

ある（がんの種類： ）

ない

8.お腹の手術をしたことがありますか？

ある（どういった手術： ）

ない

9.鎮静剤について希望されますか？（鎮静剤を使用した場合には、事故防止のため、当日はご自身での乗り物（車、バイク、自転車）などの運転はできません。）

希望しない 希望する