# 大腸内視鏡検査問診票

## お名前　（　　）

| | |
|---|---|
| これまでに大腸内視鏡検査を受けられたことがありますか<br>異常はありましたか　→　（　　） | はい　　いいえ |
| 検査中や検査後に気分不良その他、問題がありましたか | はい　　いいえ |
| 検査を楽にうけるため鎮静剤を希望されますか | はい　　いいえ |
| 以前に内視鏡検査の際に鎮静剤を使用したことがありますか | はい　　いいえ |
| 鎮静剤でよく眠れましたか | はい　　いいえ |
| 歯の治療で使用する麻酔で気分が悪くなったことはありますか | はい　　いいえ |
| お酒は強いほうですか | はい　　いいえ |
| 薬や食べ物でのアレルギーはありますか | はい　　いいえ |
| アルコールにかぶれやすいですか | はい　　いいえ |
| 心臓の病気はありますか（心筋梗塞・狭心症・不整脈など） | はい　　いいえ |
| 体の中に心臓ペースメーカーや金属が入っていますか | はい　　いいえ |
| 眼圧が高い、緑内障といわれたことがありますか | はい　　いいえ |
| （男性で）前立腺肥大・尿が出にくい症状はありますか | はい　　いいえ |
| 血液が止まりにくい病気・体質がありますか | はい　　いいえ |
| 糖尿病で治療中ですか（□飲み薬　□インスリン注射） | はい　　いいえ |
| 腹部の手術を受けたことがありますか | はい　　いいえ |
| 普段から睡眠薬や抗不安薬を常用していますか | はい　　いいえ |
| （女性で）現在妊娠中あるいは授乳中ですか | はい　　いいえ |
| 便秘ですか | はい　　いいえ |
| 鼡径ヘルニアがありますか | はい　　いいえ |
| 高血圧症、肝臓の病気、腎臓の病気、呼吸器の病気、脳梗塞、甲状腺疾患などあてはまるものはありますか（○をつけてください） | はい　　いいえ |
| 血栓の予防する血をサラサラにするお薬は飲んでいますか<br>＊あてはまるものに○をつけてください<br>・ワーファリン　・プラザキサ　・リクシアナ　・エリキュース　・イグザレルト　・バイアスピリン　・パナルジン　・プレタール　・クロピドグレル　・エパデール　・アンプラーグ　・エパデール　・エフィエント　その他（　　）<br>中止している場合、いつから中止していますか（　　月　　日） | はい　　いいえ |
| 今回の内視鏡検査後 3 日以内に飲酒・スポーツ・旅行・出張などの予定はありますか | はい　　いいえ |

ありがとうございました。