内視鏡検査　問診票

記入日　　月　　日

フリガナ

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　年齢　　歳　　男 ・ 女

今までに内視鏡検査を受けたことがありますか？ ☆はいの方→（胃カメラ ・ 大腸カメラ）	はい ・ いいえ
検査を受けたことがある方は、検査でお困りのことはありましたか？ ☆はいの方→（　　）	はい ・ いいえ
排便はどのくらいの頻度でありますか？	日に　　回
お腹の手術をしたことがありますか？ ☆はいの方→（病名　　）	はい ・ いいえ
アレルギーはありますか？ ☆はいの方→歯科の麻酔薬 ・ アルコール ・ その他（　　）	はい ・ いいえ
心臓の病気はありますか？ ☆はいの方→心筋梗塞、狭心症、不整脈、ペースメーカー、その他	はい ・ いいえ
下記の病気はありますか？ ☆はいの方→緑内障、糖尿病、前立腺肥大症、重症筋無力症、HIV 感染、 甲状腺機能亢進症、体内金属あり（部位　　）	はい ・ いいえ
血をさらさらにする薬（血栓予防の薬）をのんでいますか？ ☆はいの方→薬剤名（　　）	はい ・ いいえ
乳房手術や透析などで、注射や血圧測定ができない腕がありますか？ ☆はいの方→（右腕 ・ 左腕）	はい ・ いいえ
妊娠中ですか？妊娠している可能性がありますか？授乳中ですか？	はい ・ いいえ
鎮静剤（眠たくなる薬）の使用を希望されますか？	はい ・ いいえ
外せる歯はありますか？	はい ・ いいえ
連絡のつくご家族を教えてください。 氏名：　　続柄：　　連絡先	

ご記入ありがとうございました。

ゆぐちクリニック