

大腸内視鏡検査予診票

記入日 月 日

お名前

●これは検査を苦痛なく安全に受けていただくためにお尋ねするものです。
検査当日までにご記入をお願いいたします。

1. 今までに、大腸内視鏡検査を受けたことはありますか。(はい・いいえ)

上記で「はい」とお答えの方へ

2. 挿入困難例であると言われたり、検査が苦痛であったことがありますか。
(はい・いいえ)

3. 普段、便秘がちですか。(はい・いいえ)

4. 今までに、腹部の手術を受けたことはありますか。(はい・いいえ)

5. 現在、服用中の薬にチェックをお願い致します。

抗凝固剤 降圧剤 心臓の薬 胃薬 糖尿病の薬

その他 ()

6. 下記で、該当するものにチェックをお願い致します。

薬でアレルギー反応を起こしたことがある	ある	ない
狭心症、心筋梗塞で治療中である	ある	ない
喘息がある	ある	ない
糖尿病がある	ある	ない
妊娠中である(可能性がある、女性のみ)	ある	ない
過去に麻酔をしたとき、気分が悪くなったことがある	ある	ない

7.上記以外に、今までにかかった病気や手術などがあればご記入ください。

()

8.その他ご心配なことお尋ねになりたいことなどありましたらお書きください。