下部消化管内視鏡検査を受けられる方へ

問診表

氏名：

1. 下部内視鏡検査は何回目ですか　□ 初めて　□ 2回目以上

【2回目以上】の方でポリープ切除をしたことがありますか　□ はい　□ いいえ　□ 不明

2. 静脈麻酔を希望されますか　□ 希望しない　□ 希望する ※希望する場合、車・バイク・自転車の運転はできません
（体重：　　kg）　←麻酔の量を決めます

3. 次の疾患はありますか
- 心疾患（具体的に：　　）　□ はい　□ いいえ
- 緑内障　□ はい　□ いいえ
  - 閉塞隅角緑内障と診断されたことはありますか　□ はい　□ いいえ　□ 不明
- 糖尿病　□ はい　□ いいえ
- 前立腺肥大（男性の方）　□ はい　□ いいえ

4. 血が固まりにくくなるお薬を飲まれていますか　□ はい　□ いいえ
お薬の名前が分かれば記入してください（薬：　　）

5. 飲酒されていますか　□ はい　□ いいえ
【はい】の方は何を一日どれくらい飲まれますか　（何を：　　）
（どれくらい：　　）

6. 腹部手術歴はありますか　□ はい　□ いいえ
【はい】の方はいつ頃どのような手術をされていますか　（いつ頃：　　）
（どのような：　　）

7. アレルギーはありますか　□ はい　□ いいえ
【はい】の方は、どのようなアレルギーですか　（薬：　　）
（食品：　　）
□ 花粉症　□ 鼻炎　□ アトピー性皮膚炎　□ 喘息　□ ゴム製品 □ ヨード　□ アルコール綿花
□ その他：

8. ペースメーカーまたは埋め込み型除細動器を埋め込まれていますか　□ はい　□ いいえ

9. 妊娠中または授乳中ですか（女性の方）　□ 妊娠中　□ 授乳中　□ どちらでもない

医療法人互恵会　池田回生病院