

# 大腸内視鏡問診票

くにか内科クリニック

これは大腸内視鏡を苦痛なく安全に  
受けていただくためにお尋ねするものです。

\* 記入不要

I. 記入日 平成 年 月 日  
お名前( )  
性別 ( 男性 女性 ) 年齢( )歳

ブスコパン  
 グルカゴン  
  
 なし

全大腸  
 横行・下行結腸  
 S状結腸・直腸

## II. 「いいえ」、「はい」のどちらかを○で囲み、必要事項をご記入ください。

1. 今まで大腸内視鏡を受けたことがありますか? . . . いいえ はい  
「はい」とお答えの方に。  
・その時何か具合の悪いことが起こりましたか?  
いいえ はい ( )  
・その時の診断は?  
異常なし 大腸ポリープ 大腸腺腫 大腸癌 痔  
大腸憩室 大腸炎 その他 ( )  
・その時、内視鏡的にポリープや腫瘍の切除を受けましたか?  
いいえ はい
2. 次の病気はありますか? あると言われたものに○を付けて下さい。 . . . いいえ はい  
緑内障 前立腺肥大症 狭心症 心筋梗塞 高血圧  
糖尿病 高脂血症 脳梗塞 脳出血 脊椎管狭窄症  
肝硬変 慢性肝炎 気管支喘息 甲状腺機能異常  
その他 ( )
3. 次の様な血液をサラサラにする薬を飲んでいますか? . . . いいえ はい  
ワーファリン プラザキサ イグザレルト エリキユース  
バファリン バイアスピリン パナルジン プラビックス  
エパデール ロトリガ プレタール アンプラーク  
プロサイリン ドルナー プロレナール オパルモン  
その他 ( )
4. 次の様な手術を受けた事がありますか? . . . いいえ はい  
「はい」とお答えの方へ。何の手術でしたか? (いくつでも結構です)  
大腸 盲腸(虫垂) 痔疾患 婦人科 ( )  
食道 胃・十二指腸 小腸 肝臓 胆嚢・胆管 膵臓  
その他 ( )
5. 妊娠または妊娠の可能性はありますか? . . . いいえ はい
6. その他に、不安・心配なことはありますか? . . . いいえ はい  
「はい」とお答えになった方へ。どんなことですか?  
( )