

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?
()