

## 下部視鏡検査問診表

ID: \_\_\_\_\_ / 初・再

フリガナ					
お名前					
生年月日	T.S.H . .	年 齢	歳	性 別	男・女
ご住所					
電話番号					

1) 下部内視鏡のご経験はございますか？

はい いいえ

2) 検査を受けてみようと思われて理由をお聞かせください。

当てはまる項目に○印をつけてください

健診で内視鏡検査を勧められた 腹部不快感がある 便秘が続く 下痢が続く  
 便に血が混じる 体重減少がある 定期健診

3) 現在治療中の病気がありますか？

なし

ある 病名 ( \_\_\_\_\_ )

内服 ( \_\_\_\_\_ )

\* 現在血液の流れをよくする作用のある内服をされている方は検査前に1週間程度の休薬が必要です。(バイアスピリン・バファリン・アスピリン・ワーファリン・エパデール・パナルジンなど)

\* お薬手帳をお持ちの方は この問診表に添えてご提出ください。

4) 下記の疾患の中で一度でも指摘を受けた事があれば○印をつけて下さい

心筋梗塞 狭心症 緑内障 前立腺肥大症

5) アレルギー体質と言われたことがありますか？

ない

ある 何のアレルギーですか ( \_\_\_\_\_ )

6) 歯科の治療中にご気分が悪くなったことがありますか？

ない

ある

7) 下部内視鏡を受けるにあたりなにかご要望があればご記入ください。

ご記入ありがとうございました 診療にあたり活用させていただきます他に目的での使用はいたしません