

問診票

小松クリニック

胃カメラ検査を受けられる方へ

平成 年 月 日

NO. _____ 氏名 _____ 様

検査を安全に行うために、以下の質問にお答え下さい。

あてはまる項目に 印をつけて下さい。

胃カメラの検査を受けるのは何回目ですか？

(初めて、_____ 回目)

今まで受けられたことのある方へ

1) その時、鎮痛剤を使って行いましたか？ (眠りながら行う)

(はい いいえ)

2) その時、つらくなかったですか？

(苦しかった・やや苦しかった・楽だった・覚えていない)

検査を受けた事がある方は検査時・検査後に具合が悪くなりましたか？

(特になし・はきけ・めまい・動悸・尿がでにくい・その他 _____)

血液の流れをよくするお薬を飲んでいますか？

(飲んでいない・ワーファリン・パナルジン・その他 _____)

心臓の病気がありますか？

(ない・高血圧・不整脈・狭心症・心筋梗塞・その他 _____)

緑内障ですか？ 眼圧が高いですか？

(はい いいえ)

前立腺肥大症ですか？尿が出にくいですか？

(はい いいえ)

糖尿病ですか？(血糖値を下げるお薬を飲んでいますか？)

(はい いいえ)

今までに薬で具合が悪くなったことがありますか？

(はい いいえ)

「はい」と答えた方は薬品名がおわかりになればお書き下さい。

(_____)

定期的に服用されている薬がある場合は、事前にお申し出下さい。

問診票

大腸内視鏡検査を受けられる方へ

平成 年 月 日
NO. _____ 氏名 _____ 様

1. 当院の大腸内視鏡検査を今までに何回受けましたか？ (初めて 回)

2. 次の質問に(はい、いいえ)のどちらかに 印をつけて下さい。

心臓が悪いと言われたことがありますか？ (はい、いいえ)
(例えば、狭心症・心筋梗塞・心不全・不整脈など)

糖尿病と言われたことがありますか？ (はい、いいえ)

眼科で緑内障と言われたことがありますか？ (はい、いいえ)

血圧の治療を受けたことがありますか？ (はい、いいえ)

アレルギー体質ですか？ (はい、いいえ)

腹部の手術を受けたことがありますか？ (はい、いいえ)
(はい)と答えた方 時期： 年、病名：
部位：

男性の方

前立腺肥大と言われたことがありますか？ (はい、いいえ)

女性の方

現在妊娠している可能性がありますか？ (はい、いいえ)
(はい)と答えた方 妊娠 か月