

内視鏡検査問診表

氏名：	性別： 男・女
生年月日：大正・昭和・平成 年 月 日	年齢： 才

<検査について>

- 1) 内視鏡検査を受けたことがありますか？ (はい・いいえ)
(はい) の場合 → その際に具合が悪くなったことはありますか？
(はい・いいえ)

<体の具合について>

- 1) 心臓が悪いと言われたことがありますか？ (はい・いいえ)
2) 眼科で緑内障といわれた事がありますか？ (はい・いいえ)
3) 麻酔薬で気分が悪くなった事がありますか？ (はい・いいえ)
4) アレルギーはありますか？ (はい・いいえ)
(はい) の場合 → 何に対して ()

<今までにかかった病気について>

- 1) 肝臓の病気になったことがありますか？ (はい・いいえ)
(はい) の場合 → 例：B型肝炎 (病名：)
2) 腹部の手術を受けた事がありますか？ (はい・いいえ)
(はい) の場合 → (時期： 病名：)
3) 血をサラサラにする薬は飲んでいますか？ (はい・いいえ)
(はい) の場合 → 薬の種類 ()

<男性> 前立腺肥大と言われた事がありますか？ (はい・いいえ)

<女性> 現在妊娠、または授乳中ですか？ (はい・いいえ)

<鎮静剤の使用> (希望する・しない)

その他不明な点や困った事がありましたら下記へ記入下さい。

『

』