

## 内視鏡検査問診票

内視鏡検査を安全に受けていただくために、以下の質問にお答え下さい。

1. 今回の内視鏡検査は初めてですか？ ( はい ・ いいえ )
2. 次の病気で言われたことがあるもの、治療しているものはありますか？ ( はい ・ いいえ )

高血圧	脳梗塞	喘息	糖尿病	腎臓の病気	肝臓の病気
褐色細胞腫	心筋梗塞	狭心症	不整脈	その他	_____

3. 血液の流れを良くするおくすりを飲んでいますか？ ( はい ・ いいえ )  
はいと答えた方にお尋ねします。具体的に薬品名がわかれば下記に○をつけて下さい。

バイアスピリン	パナルジン	プラビックス	プレタール	ワーファリン
その他	_____	_____	_____	_____
そのお薬はいつまで飲みましたか？				

4. 糖尿病または血糖値を下げる薬を使用していますか？ ( はい ・ いいえ )  
はいと答えた方は下記のあてはまるところに○をつけて下さい。

普段使用し今朝も使った	・	普段使用しているが今朝は使用せず
その他	_____	_____
そのお薬はいつまで飲みましたか？		

5. パーキンソン病の薬（エフピー）を飲んでいますか？ ( はい ・ いいえ )
6. 緑内障（眼圧が高い）といわれたことがありますか？ ( はい ・ いいえ )
7. 歯の麻酔・内視鏡検査時などの薬（キシロカイン）で具合が悪くなったことがありますか？ ( はい ・ いいえ )
8. ヨード剤（イソジンのうがい薬・造影剤）にアレルギーはありますか？ ( はい ・ いいえ )
9. その他、薬品や食品にアレルギーがありますか？ ( はい ・ いいえ )
10. 手術を受けたことがありますか？ ( はい：何の手術ですか？ \_\_\_\_\_ ・ いいえ )
11. 本日のどが痛いですか？ ( はい ・ いいえ )
12. 男性の方、前立腺肥大（尿が出にくい）と言われたことがありますか？ ( はい ・ いいえ )
13. 女性の方、現在妊娠していますか？ または可能性がありますか？ ( はい ・ いいえ )

検査について質問、心配なことがありましたらご記入下さい。

---

---

---

ご記入ありがとうございました。記入に間違いがなければ、署名してください。

検査当日にご持参ください。

年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_