

# 内視鏡検査問診票

お名前: \_\_\_\_\_

記載年月日: 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## ●内視鏡について

これまでに内視鏡検査を受けられたことはありますか？ ( あり ・ なし ・ 覚えていない )

《内視鏡検査を受けられたことがある方》

・異常を指摘されたことがありますか？ ( あり ・ なし ・ 覚えていない )

⇒異常が指摘されたことがある方は診断名を教えてください。

(診断名: \_\_\_\_\_ )

## ●これまで以下の病気を治療もしくは指摘されたことがありますか？

・心臓病 (心筋梗塞・狭心症・心房細動) ( あり ・ なし ・ 覚えていない )

・脳梗塞 ( あり ・ なし ・ 覚えていない )

・前立腺肥大 (男性のみ) ( あり ・ なし ・ 覚えていない )

・緑内障 ( あり ・ なし ・ 覚えていない )

・気管支喘息 ( あり ・ なし ・ 覚えていない )

・甲状腺疾患 (甲状腺機能亢進症) ( あり ・ なし ・ 覚えていない )

・その他 ( \_\_\_\_\_ )

## ●手術歴

・体内に金属などは入っていませんか？ ( あり ・ なし ・ 覚えていない )

・病名: \_\_\_\_\_ (手術をした病院: \_\_\_\_\_ ・手術年月日: \_\_\_\_\_ )

・病名: \_\_\_\_\_ (手術をした病院: \_\_\_\_\_ ・手術年月日: \_\_\_\_\_ )

・病名: \_\_\_\_\_ (手術をした病院: \_\_\_\_\_ ・手術年月日: \_\_\_\_\_ )

## ●これまで以下のアレルギーを指摘されたことがありますか？

・キシロカインアレルギー ( あり ・ なし ・ 覚えていない )

・その他のアレルギー ( あり ・ なし ・ 覚えていない )

⇒ある方はアレルギーの内容を教えてください。( \_\_\_\_\_ )

## ●現在内服されているお薬や貼り薬はありますか？ある方はお薬の名前を教えてください。

( \_\_\_\_\_ )

## ●女性の方にお聞きします。

・現在妊娠の可能性はありますか？ ( あり ・ なし ・ わからない )

・現在授乳をされていますか？ ( あり ・ なし )

高松内視鏡診断クリニック

nishitakamatsu.All Rights Reserved.