

# 内視鏡検査問診票

お名前： \_\_\_\_\_

記載年月日：西暦 \_\_\_\_\_ 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）