

大腸内視鏡検査（大腸カメラ）を受けられる方への問診票

氏名：	性別 男 ・ 女	生年月日：昭和・平成	年	月	日
診察券番号：	電話番号（必要時病院から連絡してよい番号をご記入してください） Tel：				

以下の質問をお読みになって、(はい・いいえ)のどちらかに○印を、□にチェックを、記入欄にはご記入をお願いします。

■今回、大腸内視鏡検査を受けられる理由を教えてください。

()

① 今までに大腸内視鏡検査を受けたことがありますか？ (はい ・ いいえ)
 その時の結果はいかがでしたか？ 異常なし ・ 異常あり ()

※ 胃カメラの問診表を記載した方は、以下の記載は不要です。

② 今までに麻酔・内服薬・注射薬で気分不良・冷汗・意識消失・蕁麻疹などを起こしたことがありますか？ (はい ・ いいえ)

麻酔薬 造影剤 アルコール消毒綿 鎮痛剤 その他薬品名〔 〕

③ 心臓の治療を受けていますか？ (はい ・ いいえ)

狭心症 心筋梗塞 不整脈 その他疾患名〔 〕

④ 緑内障の診断・治療を受けたことがありますか？ (はい ・ いいえ)

⑤ (男性の方へ)前立腺肥大の治療を受けていますか？ (はい ・ いいえ)

⑥ 糖尿病の治療を受けていますか？ (はい ・ いいえ)

⑦ 呼吸器の病気の治療を受けていますか？ (はい ・ いいえ)

喘息 気管支炎 気管支拡張症 結核 その他疾患名〔 〕

⑧ 以下の手術を受けたことがありますか？ (はい ・ いいえ)

食道 胃 十二指腸 乳房 大腸 虫垂炎 子宮 その他〔 〕

⑨ 血が止まりにくくなる薬を飲んでいますか？ (はい ・ いいえ)

ワーファリン パナルジン プラビックス バイアスピリン エリキュース イグザレルト

リクシアナ プラザキサ その他〔 〕

⑩ 本日は絶食で来院されましたか？ (はい ・ いいえ)

看護師記入欄

	投与時間	薬剤名	投与量	投与方法	担当者名
アレルギー 無 ・ 有 ()	:	ブスコパン	ml	経静脈	
妊娠 無 ・ 有 ()	:	グルカゴン	ml	経静脈	
服用 無 ・ 有 ()	:	ミタゾラム1ml+NS9ml	ml	経静脈	
既往 無 ・ 有 ()	:	追加	ml	経静脈	
最終飲食 日 時頃	:	ソセゴン	ml	経静脈	
便スケール	:	フルマゼニル	ml	経静脈	

備考

C	A	T	D	S	R