

消化器検査問診票

| | |
|----------|---------|
| お名前 | 様 |
| 生年月日 S・H | 年 月 日 歳 |

検査を安全にすすめるため、以下の質問にお答えください。

| | |
|-----------------------------------|--------------|
| 1.今までにうけられたことのある検査に○をつけてください | 胃カメラ ・ 大腸カメラ |
| 2.腹部の手術を受けたことはありますか？ | はい ・ いいえ |
| はいと答えられた方 (病名) | |
| 3.眼圧が高い、または緑内障と言われたことがありますか | はい ・ いいえ |
| 4.糖尿病と診断されたことがありますか？ | はい ・ いいえ |
| はいと答えられた方 無治療・治療中 | |
| 5.高血圧と診断されたことがありますか？ | はい ・ いいえ |
| はいと答えられた方 無治療・治療中 | |
| 6.心臓病と診断されたことがありますか？ | はい ・ いいえ |
| はいと答えられた方 不整脈・狭心症・心筋梗塞・その他() | |
| 7.血液の流れをよくする薬を飲んでいますか？ | はい ・ いいえ |
| はいと答えられた方 (薬の名前) | |
| 8.薬のアレルギーはありますか？ | はい ・ いいえ |
| はいと答えられた方 (薬の名前) | |
| 9.抜歯等、麻酔で具合が悪くなったことがありますか？ | はい ・ いいえ |
| 10.男性の方のみお答えください | |
| 尿が出にくい(前立腺肥大)がありますか | はい ・ いいえ |
| 11.女性の方のみお答えください | |
| 現在妊娠している、またはその可能性がありますか？ | はい ・ いいえ |
| 12.その他、今回の検査にあたり気になることがあればお書き下さい。 | |

当日連絡がつく電話番号

記入日(/)
検査日(/)

XXXXXXXXXXXX