

*** 質問表 *** (下部内視鏡検査)
検査当日この質問票を必ずお持ちください

1	これまでにこの検査を受けたことがある (当院 ・ 他院) (大変つらかった ・ つらかった ・ つらくなかった)	はい いいえ
2	【男性の方へ】前立腺肥大である	はい いいえ
3	【女性の方へ】生理・妊娠・授乳中 である	はい いいえ
4	眼圧が高いと指摘された・緑内障 である	はい いいえ
5	心臓が悪い (不整脈 ・ 心筋梗塞 ・ 狭心症 ・ その他)	はい いいえ
6	血液を固まりにくくする薬 (抗凝固薬) を飲んでいる 薬剤名 ()	はい いいえ
7	高血圧の薬を飲んでいる 薬剤名 ()	はい いいえ
8	糖尿病の治療をしている (内服 ・ インスリン ・ 境界型)	はい いいえ
9	次の疾患がある (腎臓病 ・ 肝臓病 ・ 気管支喘息 ・ 肺結核) 【腎臓病の方へ】シャントはありますか (右 ・ 左)	あり なし
10	乳癌の手術歴はありますか (右 ・ 左 ・ 両側)	あり なし
11	薬・食品のアレルギーがある(卵白・注射・内服薬・麻酔薬) その他 ()	あり なし
12	抜歯などの麻酔で気分が悪くなったことがある	はい いいえ
13	義歯やぐらついている歯がある	はい いいえ
14	消化器の病気はありますか ()	はい いいえ
15	お腹の手術をしたことがある (虫垂炎 ・ 胆石 ・ 子宮 ・ 帝王切開 ・ 胃 ・ 大腸) その他 ()	あり なし
16	癌と診断された事がある	あり なし
17	タバコについて (吸っている ・ 吸ったことがない ・ 以前は吸っていた)	
18	お酒について (毎日飲む ・ たまに飲む ・ 機会飲酒 ・ 飲んだことがない ・ 禁酒中)	
19	血縁者で癌になった方がいる	あり なし
20	最終食事時間 検査前日	() 時頃
21	体重	() kg
22	鎮静剤を使用されるかたへ	
	帰宅方法： 徒歩 ・ バス ・ 電車 ・ タクシー ・ 送迎	
	付き添い人： あり ・ なし	
	緊急連絡先： 名前： 関係性：	
	電話番号：	
	★付き添いあり、なしにかかわらず緊急連絡先の記載をお願いします	
	自署：	
	りんくう総合医療センター	