

## 大腸カメラ問診表

- |                           |                            |          |
|---------------------------|----------------------------|----------|
| ・ 大腸カメラ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⇒その時はつらかった     | はい                         | いいえ      |
| 鎮静剤の使用はされましたか             | はい                         | いいえ      |
| ポリープ切除されましたか              | はい                         | いいえ      |
| 診断名                       | (                    )     |          |
| ・ 現在、何かの病気で医師にかかっていますか    | はい                         | いいえ      |
| 病名 (                    ) |                            |          |
| ・ 心臓の病気はありますか             | はい                         | いいえ      |
| ・ 目の病気はありますか              | はい                         | いいえ      |
| ・ 前立腺の病気はありますか (男性の方)     | はい                         | いいえ      |
| ・ 尿が出にくいと感じますか            | はい                         | いいえ      |
| ・ 合わないお薬はありますか            | はい                         | いいえ      |
|                           | (                    )     |          |
| ・ 食べ物のアレルギーはありますか         | はい                         | いいえ      |
|                           | (                    )     |          |
| ・ 血液をサラサラにするお薬を服用していますか   | はい                         | いいえ      |
|                           | 薬品名 (                    ) |          |
| ・ ご自分で歩くことはできますか          | 歩行                         | 車イス 寝たきり |
| ・ 麻痺はありますか                | はい                         | いいえ      |
|                           | 部位 (                    )  |          |
| ・ 人工透析をされていますか            | はい                         | いいえ      |
| ・ 開腹手術はされたことがありますか        | はい                         | いいえ      |
|                           | (                    )     |          |
| ・ 今回の検査は鎮静剤の使用を希望されますか    | はい                         | いいえ      |
| ・ 体重                      | (            ) K g         |          |
| ・ 緊急連絡先                   | 電話 (                    )  |          |