

大腸内視鏡検査 問診シート

お名前：_____ 様 ご年齢：_____ 歳 性別：_____ 検査日：_____ 年 月 日

Q1.かかりつけ医さまからのご紹介ですか？

はい いいえ

かかりつけ医さまの名称：_____

Q2.大腸内視鏡検査を受けたことがありますか？

はい 初めて

Q3.当てはまる症状、目的を教えてください

便潜血反応が陽性 血便 便秘や下痢 便が細い

定期検査（自覚症状なし） その他 _____

Q4.薬のアレルギーについて

薬のアレルギーはありますか？

ない ある (薬剤名：_____)

Q5.血をサラサラにする薬を内服されていますか？

いいえ はい

当クリニック記入欄)

薬品名：

アスピリン、チエノビリジン、ワルファリン、DOAC(ダビガトラン・リバロキサバン・アピキサバン・エドキサバン)

その他

→休薬日：_____ / _____ ~ _____ / _____

→置換：アスピリン・シロスタゾール・ヘパリン・なし 確認者：_____

抗血栓薬の休薬により血栓塞栓症（脳梗塞、心筋梗塞など）の発症率が高くなるため、

当院では内視鏡学会ガイドラインに準じて可能な限り抗血栓薬を継続しながら内視鏡検査・治療を行います。

休薬の可否は診療にて決定致しますので、ご自身の判断で休薬しないように気を付けてください。

Q6.現在・過去において以下に当てはまる項目はありますか？

なし

糖尿病 高血圧 貧血 狭心症 心筋梗塞 心不全 透析 脳卒中による麻痺

縁内障 心臓にペースメーカーが入っている てんかん発作 過呼吸 喘息 肺気腫

バセドウ病 前立腺肥大（男性のみ） 妊娠あるいはその可能性（女性のみ）

※当院使用欄<記入しないでください>

夜間睡眠状態	便の性状	交通手段	手術歴	洗浄液（常温／冷）	3F／5F
		車／		水（常温／冷）	窓あり／窓なし