

下部内視鏡（大腸カメラ）の間診票

お名前

緊急連絡先

- 本日の体調はいかがですか。(良い・悪い)
- 検査目的、症状の当てはまる項目に○をつけて下さい。
健診(症状なく検査目的)、健診後の二次検査(便潜血陽性・その他)、定期検査
症状→ 腹痛・嘔気・違和感・便通異常(血便・下痢・便秘)
その他
- 過去の大腸カメラについて
受けたことがない・ある 年 月 その際の診断 異常なし・あり()
- 心臓の病気はありますか ペースメーカー(あり・なし)
いいえ・はい(狭心症、心筋梗塞、心房細動、不整脈: その他:
- その他の病気 緑内障、前立腺肥大(排尿障害 あり・なし)、甲状腺疾患(亢進・低下)、肺疾患(COPD、肺気腫)、喘息、糖尿病、高血圧、高脂血症、脳卒中、肝臓病、腎臓病(腎機能障害)、その他()
- 血液をサラサラにする薬を内服していますか(抗血栓薬)
ワーファリン、プラザキサ、エリキュース、イグザレルト、リクシアナ、バファリン、バイアスピリン、タケルダ、プラビックス、パナルジン、プレタール、エパデール、アンプラーグ、ペルサンチン、ドルナー、オパルモン、他()
- 現在内服している薬 (お薬手帳の持参されている方は記入不要です。)

- 薬の副作用が出たことはありますか。(いいえ・はい)
麻酔薬(歯科の麻酔・キシロカイン・アルコール)
他()
- 手術歴はありますか。(いいえ・はい 年頃)
- 現在の排便状態(硬い便・普通便・軟便・水様便・血便・その他:)
排便回数⇒ 回/週 または 回/日
- 静脈麻酔を希望されますか いいえ・はい・相談したい
- 何かご質問があれば記入してください



はせがわクリニック

内科 + 消化器内科 + 皮膚科

Tel 052-800-3711