

平成 年 月 日

(氏名) \_\_\_\_\_

- (01) 今日、いつもと体調に変化はありますか？ (はい・いいえ)
- (02) 胃腸の検査(内視鏡)などを受けるのは初めてですか？ (はい・いいえ)
- 「いいえ」と答えた方は、前回受けたのはいつですか？  
他の医療機関でもかまいませんか。 ( 年 月・忘れた )
- (03) 検査を受けたことがある方は検査時・検査後に具合が悪くなりましたか？  
(特になし・冷や汗・はきけ・めまい・動悸・尿が出にくい・その他 \_\_\_\_\_ )
- (04) 歯科受診時に歯の麻酔で気分が悪くなったことはありますか？ (はい・いいえ)
- (05) 検査前の注射をしたときに気分が悪くなったことはありますか？ (はい・いいえ)
- (06) 薬で具合が悪くなったり、アレルギーが出たことはありますか？ (はい・いいえ)
- 「はい」と答えた方で薬品名がお分かりになればお書き下さい。( \_\_\_\_\_ )
- (07) 血が固まりにくくなる薬を飲んでいますか？  
(飲んでいない・ワーファリン・パナルジン・バイアスピリン・その他)
- また、飲んでいるなら現在は中止されていますか？ (はい・いいえ)  
「はい」と答えた方は、何日前から中止されましたか？ ( 日前 )
- (08) 心臓の病気がありますか？  
(ない・不整脈・狭心症・心筋梗塞・ペースメーカー植込み・その他 \_\_\_\_\_ )
- (09) 心臓のお薬を飲んでいますか？ (はい・いいえ)
- (10) 高血圧がありますか？ (はい・いいえ)
- (11) 緑内障ですか？ (はい・いいえ)
- (12) 前立腺肥大症ですか (はい・いいえ)
- (13) 糖尿病ですか？ (はい・いいえ)
- (14) 検査の結果、がんであった場合、告知を希望されますか？ (はい・いいえ)

## [女性の方]

- ・ 妊娠している可能性はありますか？ (はい・いいえ・わからない)

## [大腸の検査を受ける方]

- ・ 最後に排便がありましたのは何日前ですか？ ( 日前 )

- ・ 本日、排便がありましたか (はい・いいえ)