

# 大腸内視鏡検査 事前問診票

① ご年齢  才

70歳以上の方… 事前診察にご来院下さい

② 症状(腹痛・腹部膨満・出血・便秘異常)はありますか？  あり ・ なし

ありの方 … 事前診察にご来院下さい

③ 便秘はありますか？  あり ・ なし

ありの方 … 何日に1回ありますか およそ  日に1回

④ 血液をサラサラにするお薬を服用していますか？  あり ・ なし

ありの方はその種類 ( )

⑤ サプリメントをのんでいますか？  あり ・ なし

ありの方はその種類 ( )

⑥ 基礎疾患 (心臓病・腎臓病・糖尿病)はありますか？  あり ・ なし

ありの方 … 事前診察にいらして下さい

⑦ その他の持病はありますか？  あり ・ なし

ありの方はその持病 ( )

⑧ 検査当日、自宅で下剤を服用する際、腹痛などの症状があった場合緊急対応のできる人がいますか？

いる ・ いない

いない方 … 当院にて服用して下さい

以上、ご確認いただきご署名の上 FAX もしくは郵送にてお送りください。ご不明な点がございましたらお電話にてお問い合わせ下さい。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 \_\_\_\_\_ご署名\_\_\_\_\_