

新型コロナウイルス感染症に関する内視鏡診療について



新型コロナウイルス感染症（COVID-19）流行に伴い、当院では安全に検査を施行するために以下の問診へのご協力をお願いしております。
また、問診の結果、検査の延期をお願いすることもございます。
あらかじめご了承ください。

1. 現在の状態について

- ①発熱、咽頭痛、咳や痰などの風邪の症状はありますか？ はい・いいえ
- ②疲れやすい、倦怠感などの症状はありますか？ はい・いいえ
- ③味覚や嗅覚に異常を感じますか？ はい・いいえ
- ④4-5日続く下痢等の消化器症状はありますか？ はい・いいえ
- ⑤現在の体温は？ ℃

2. 感染リスクについて

- ①同居家族に上記1.の①②③④の症状がありますか？ はい・いいえ
- ②2週間以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国や地域への渡航または当該国・地域の在住者と濃厚接触がありましたか？ はい・いいえ
- ③2週間以内に「新型コロナウイルス感染者やその疑いがある人」との接触がありましたか？ はい・いいえ
- ④5日以内に5人以上の会食や、大規模なイベント、ライブハウス等の人の多いお店や接待を伴う外食店に行かれたことがありましたか？ はい・いいえ
- ⑦ワクチン接種はうけましたか？ 未、1回、2回、3回、4回

3. 新型ウイルス感染の既往について

- ① 新型コロナウイルスに感染したことがありますか？ はい・いいえ
- ② それはいつごろですか？ 頃

検査日： 年 月 日 ご氏名



大腸の検査を受けられる方へ

(問診票)

年 月 日

お名前 _____

検査を円滑かつ安全に行うために、以下の質問にお答え下さい。

あてはまる項目に○印つけて下さい。

●今日の体調は、いつもと変化がありませんか？ (はい・いいえ)

●おなかの手術を受けたことがありますか？(帝王切開なども含まれます)
(はい・いいえ)

●大腸の検査(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？(他の病院でも構いません)
(忘れた・ _____ 年 _____ 月)

●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・冷汗・はきけ・めまい・動悸・尿が出にくい・その他 _____)

●歯科受診時の歯の麻酔で気分が悪くなったことがありますか？ (はい・いいえ)

●今までに薬で具合が悪くなったり、アレルギーが出たことがありますか？ (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。 _____

●血が止まりにくくなる薬を飲んでいますか？ (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。 _____

また、飲んでいるなら中止されましたか？ (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

●心臓の病気がありますか？(ない・不整脈・狭心症・心筋梗塞・その他 _____)

●心臓の薬を飲んでいますか？ (はい・いいえ)

●血圧が高いですか？(高血圧がありますか？) (はい・いいえ)

●眼圧が高いですか？(緑内障ですか？) (はい・いいえ)

●尿が出にくいですか？(前立腺肥大ですか？) (はい・いいえ)

●糖尿病ですか？ (はい・いいえ)

●検査の結果、悪性(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】

●妊娠していますか？または、その可能性がありますか？ (はい・いいえ)

【大腸検査を受けられる方】

●本日、排便を認めましたか？ (はい・いいえ)
「いいえ」の方は、最後に排便を認めたのは何日前ですか？ _____ 日前

●鎮静剤を希望されますか？ (はい・いいえ)

*患者様が楽に検査を受けられるように、当院では鎮痛・鎮静剤の使用を行っております。鎮痛・鎮静剤の使用は大抵の方が眠くなって痛みを和らげる働きをもち、楽に検査が終わりませす(個人差がありますので、効きにくい場合もあります)。検査後はふらつきがあるため、クリニックで休憩してから帰宅してください。検査後は、その日は自動車などの運転はお控え下さい。