

年 月 日 お名前

- 今日の体調はいつもと変わりないですか？ (はい・いいえ)
- 昨夜内服した下剤で排便はありましたか？ (はい・いいえ)
- 昨夜内服した下剤で激しい腹痛はありましたか？ (はい・いいえ)
- 歯科治療時の麻酔で気分不良を感じたことはありますか？ (はい・いいえ)
- 今までにお薬（内服薬・注射）にアレルギーが出たことはありますか？ (はい・いいえ)
 - (はい) とお答えの方へ ()
 - (薬品名)
- 血が止まりにくくなる薬を内服していますか？ (はい・いいえ)
 - (はい) とお答えの方へ ()
 - ・薬品名 ()
 - ・疾患名 ()
 - ・担当医からの検査前内服指示は受けましたか？ (あり・なし)
 - ・何日間中止されていますか？ (日間)
- 心臓の持病はありますか？ (はい・いいえ)
 - (はい) とお答えの方へ ()
 - ・疾患名（不整脈・狭心症・心筋梗塞・その他）
- 高血圧症ですか？ (はい・いいえ)
 - (はい) とお答えの方へ ()
 - ・今朝は薬を内服されましたか？ (はい・いいえ)
- 緑内障（閉塞隅角緑内障）ですか？ (はい・いいえ)
- 前立腺肥大症ですか？ (はい・いいえ)
- 糖尿病ですか？ (はい・いいえ)
- お腹の手術を受けたことはありますか？ (はい・いいえ)
 - (はい) とお答えの方へ 手術についてお答えください ()
 - ・開腹手術ですか？腹腔鏡手術ですか？ (開腹・腹腔鏡)
 - ・（胃・大腸・胆嚢・膵臓・子宮・卵巣・帝王切開・その他）
- 腹膜炎（憩室炎含む）を患ったことはありますか？ (はい・いいえ)
- 今までに月経痛がつかった期間はありましたか？ (はい・いいえ)
- 子宮筋腫や卵巣嚢腫はありますか？ (はい・いいえ)
- 現在、月経中ですか？ (はい・いいえ)
- 現在、妊娠していますか？またその可能性はありますか？ (はい・いいえ)

●大腸内視鏡検査を受けるのは初めてですか？（はい・いいえ）

→（いいえ）とお答えの方へ

- ・当院で大腸内視鏡検査を受けたことがありますか？（はい・いいえ）
- ・前回検査を受けたのはいつですか？（ 年前）
- ・検査中・検査後に不調を感じましたか？（はい・いいえ）
（具体的に）

- ・前回までの検査で大腸ポリープや他の疾患を指摘されたことはありますか？（はい・いいえ）
（具体的に）

●鎮静剤使用を希望されますか？（はい・いいえ）

→（はい）とお答えの方へ

- ・自動車、バイク、自転車で来院されていますか？（はい・いいえ）
- ・自動車、バイク、自転車の運転予定はありますか？（はい・いいえ）

【ポリープ切除を希望する方】

●本日より1週間以内に飲酒を伴う食事会の予定はありますか？（はい・いいえ）

●明日の予定を変更し、自宅で過ごすことは可能ですか？（はい・いいえ）

●検査後1週間以内に出張・旅行・運動などの予定はありますか？（はい・いいえ）

＊内視鏡的にポリープ切除した場合、1-2日の自宅安静と3-7日の生活制限をお願いしています

●その他、気になることがあれば、お書きください

（ ）