

❖ **大腸内視鏡検査 問診票** ❖

該当する項目に○をし、お手数ですが詳細もご記入ください。

<検査について>

◆以前、大腸内視鏡検査を受けたことがありますか？

ない(今日が初めて)・**ある** → どこで受けましたか？ **当院で**・他院で()年前に
検査は苦痛なく受けられましたか？ **問題なかった**・許容範囲内・辛かった

◆検査の結果指摘された病気・異常はありますか？ 例) ポリープ など

ない・**ある** → 具体的に()

◆検査を受けるにあたって、気になる症状はありますか？

ない・**ある** → 具体的に()

◆普段の排便はいかがですか？

普通(毎日排便がある)・便秘気味()日おき・下痢気味・便秘と下痢の繰り返し

◆過去に腹部の手術を受けたことがありますか？

ない・**ある** → **虫垂炎**・**子宮筋腫**・**卵巣のう腫**・**帝王切開**・**腹腔鏡**
上記以外、その他()

<検査に使用するお薬に関連しての質問>

◆下記で治療中・内服中の病気や妊娠など該当するものはありますか？

ない・**ある** (該当する場合○をして下さい)
不整脈 高血圧 糖尿病 緑内障 甲状腺機能亢進症
前立腺肥大症(尿が出にくい) 妊娠中 授乳中

◆上記以外に、治療中・内服中の病気はありますか？

ない・**ある** → 具体的に()

◆血液を固まりにくくするお薬を飲んでいますか？

いいえ・**はい** → お薬の名前()
(例: バイアスピリン 小児用バファリン ワーファリン プラザキサ エパデール など)

◆お薬を休薬していますか？

いいえ・**はい** → ()日前より休薬している

◆麻酔薬による副作用やお薬のアレルギーはありますか？

ない・**ある** → お薬の名前() 症状()

検査に関するあなたのプライバシーは厳重に守られます。医学の発展のために検査内容や経過などを医学会および研究会、医学雑誌などで発表させていただいたり、人工知能診断開発などの研究資料として共同研究施設に提供させていただく場合がございます。名前など個人が特定される情報は一切公表されることはありません。

下記にご署名をお願いいたします。なお、ご同意いただけない場合でも、なんら不利益を被ることはありません。

もし、ご不明の点があればお申し出下さい。

- 同意します
- 同意しません

____年 ____月 ____日 _____ご署名_____

※ご協力ありがとうございました。裏面の同意書もご記入下さい。 **お茶の水駿河台クリニック**