

内視鏡検査問診票

記載日 年 月 日

患者氏名()
緊急連絡先(電話番号) 続柄()

※検査当日、付き添いがいない方は必ず記載をお願いします。

お体について				
入れ歯	なし あり	装着中 外している	貼り薬	なし
	※義歯は装着したままでも構いません。			あり 貼付場所(

開腹手術、腹腔鏡下手術について				アレルギーについて	
食道	胃	大腸	盲腸	注射前の消毒(アルコール)	なし あり
子宮	卵巣	帝王切開	胆のう	部分麻酔(キシロカイン)	なし あり
乳癌（ 左 ・ 右 ）		股関節（ 左 ・ 右 ）		造影剤やヨード	なし あり
その他				その他、注射や薬剤	なし あり
				※ありの方:薬剤名（	

ご病気について					
緑内障(眼圧が高い)	なし	あり	重症筋無力症	なし	あり
前立腺肥大(尿が出にくい)	なし	あり	パーキンソン病	なし	あり
脳梗塞	なし	あり	褐色細胞腫	なし	あり
急性間歇性ポルフィリン症	なし	あり	アジソン病	なし	あり
心臓の病気	なし あり (心筋梗塞 ・ 狭心症 ・ 不整脈 ・ 心不全 ・ その他)				
	※ありの方 病名(				

お薬	パーキンソン病薬・抗HIV薬・禁酒薬を現在、服用中 → いいえ ・ はい
----	--------------------------------------

付き添い	なし ・ あり	帰宅方法	車 ・ 自転車 ・ バイク ・ 電車 ・ バス・タクシー ・ 徒歩 ・ 家族の車
------	---------	------	--