

胃・大腸内視鏡 問診票

年 月 日

様

検査や治療を安全に行うために以下の質問にお答えください。

1. 身長 _____ cm, 体重 _____ kg

2. 高 血 圧 なし・あり(薬: _____)

3. 糖 尿 病 なし・あり(薬: _____)

4. 脳 梗 塞 なし・あり(薬: _____)

5. 心 臓 病 なし・あり(薬: _____)
(狭心症・心筋梗塞・不整脈)

6. 喘 息 なし・あり(薬: _____)

7. 緑 内 障 なし・あり(薬: _____)

8. 椎間板ヘルニア なし・あり(薬: _____)

9. 肝臓病・腎臓病 なし・あり(薬: _____)

10. 前立腺肥大 なし・あり(薬: _____)

11. 腹部の手術 なし・あり
(盲腸・胃・大腸・胆のう・子宮・卵巢・その他)
(薬: _____)

12. その他の病気 なし・あり(病名: _____)
(薬: _____)

13. アレルギー なし・あり(薬: _____)

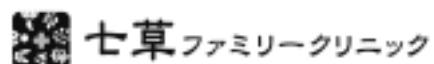
14. 妊娠の可能性 なし・あり, 授乳は していない・している

以下はご記載いただかなくて結構です

内服薬 なし・あり 内容確認 休薬期間の確認, 当日持参

- ・ 7日: アスピリン(バファリン), パナルジン, エパデール
- ・ 4日: ワーファリン, プレタール
- ・ 3日: ペルサンチン, コメリアンコーワ, ロコルナール・ケタス
- ・ 2日: アンプラーグ, セロクラール
- ・ 1日: ドルナー, プロサイリン, オパルモン, プロレナール

紹介状 あり・なし 返事(/), 病理結果報告(/)
(紹介元: _____)



〒430-0911 静岡県浜松市新津町40-1-101
TEL.(053)462-7793 FAX.(053)462-7792