

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・卵巣・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: アンブラーグ, 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: _____)

 **七草**ファミリークリニック

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