

大腸カメラ（下部消化管内視鏡検査）のための問診票

記入日 年 月 日

フリガナ（ ）

お名前（ ） 性別（男・女） ご年齢 歳

1. 当てはまる症状や、検査の目的をお答えください。

腹痛 お腹の張り 便秘 下痢 血便 検診目的（自覚症状なし）

便潜血陽性の精密検査 腸のご病気の経過観察 大腸ポリープ切除 他（ ）

2. 最近の排便回数（平均）を教えてください。

____日に____回（例：1日に1回、3日に1回、1日に5回）

3. 今までに大腸カメラ（下部消化管内視鏡検査）を受けたことがありますか？

なし あり⇒ありの方は、以下の設問にお答えください。

・過去の検査回数：1回 2-3回 4-5回 6回以上

・前回の検査時期：1年未満 1~2年前 3~4年前 5年以上前

・病気の指摘：大腸ポリープ 大腸がん 潰瘍性大腸炎 クローン病 大腸憩室
痔核 他（ ） 分からない

4. 初めての方にお伺いします。大腸カメラに対する不安はございますか？

とくにない 少しある かなりある

5. 受けたことがある方にお伺いします。検査前の下剤を問題なく飲めましたか？

問題なし 問題あり⇒飲めたが味が苦手 吐き気で飲めない 他（ ）

6. 受けたことがある方にお伺いします。直近の検査中に鎮静剤を使用して貰いましたか？

使用した 使用していない 分からない

7. 受けたことがある方にお伺いします。直近の検査は辛かったですか？

辛くなかった 辛かった⇒痛かった お腹が張った 他（ ）

8. 歯の治療の局所麻酔（キシロカイン）、その他の薬、食べ物などのアレルギーがありますか？

ない あり⇒キシロカイン 薬（ ） 食べ物（ ）

9. 当てはまるご病気や状態はありますか？

なし 心筋梗塞・狭心症・不整脈等の心疾患 ペースメーカー植込み後 高血圧 緑内障

糖尿病 喘息 甲状腺機能亢進症 前立腺肥大（男性） 妊娠またはその可能性（女性）

10. 抗血栓薬（血液をさらさらにする薬、血が止まりにくくなる薬）を飲んでいますか？
 飲んでいない 飲んでいる（薬名： _____）
*大腸ポリープを切除する際、抗血栓薬を事前に休薬することが必要な場合があります。別途、説明いたします。抗血栓薬はご自身の判断で休薬しないようにしてください。
11. お腹の手術をしたことがありますか？
 ない ある（どういった手術： _____）
12. タバコは吸われますか？
 吸わない 吸う 1日当たり _____本/ _____年間 以前吸っていた _____歳まで
13. お酒は飲まれますか？
 全く飲まない 毎日飲む 週に 2-3 回飲む 機会があれば飲む
（ビール _____缶・ _____ml、日本酒 _____合、焼酎 _____杯、ワイン _____杯、他 _____）
14. 現在、ビールコップ 1 杯程度の少量の飲酒ですぐ顔が赤くなる体質がありますか？
 ない ある 分からない
15. お酒を飲み始めた頃の 1~2 年間は、ビールコップ 1 杯程度の少量の飲酒ですぐ顔が赤くなる体質がありましたか？
 なかった あった 分からない
16. 鎮静剤や鎮痛剤の使用を希望されますか？
 希望しない 希望する（ 鎮静剤 鎮痛剤 鎮静剤+鎮痛剤） 分からない
*検査方法の説明を受けてからお選びいただいても結構です。
*鎮静剤を使用した場合、事故防止のため、検査当日は車・バイク・自転車などの運転はできません。また、検査中にお話することや画面を見ることはできません。
17. 大腸ポリープ（腺腫）があった場合、切除を希望されますか？
 希望する 希望しない 分からない
*ポリープを切除した場合、出血の危険性があるため、1 週間はお旅行、過度な運動、飲酒ができません。
*大きなポリープや癌は、クリニックでは切除できない場合があります。
18. その他ご要望があれば、お書きください。
(_____)

ご協力ありがとうございました。