

大腸内視鏡検査を受けられる方へ

様

検査を安全に行うために、以下の質問にお答え下さい。当てはまる項目に 印をつけて下さい。

カメラ（内視鏡）検査を受けたことがありますか？ （はい・いいえ）

それぞれ何回受けられましたか？ （胃____回、大腸____回）

大腸内視鏡検査を受けたことがある方は検査時・検査後に具合が悪くなりましたか？

（特になし、腹痛、冷や汗、はきけ、めまい、動悸、その他_____）

検査前、肩に注射（胃腸の動きをとめる注射）を打ったことがありますか？ （はい・いいえ）

その際、気分が悪くなったことがありますか？ （はい・いいえ）

検査の際、軽い鎮静剤（ボーっとする注射）を打たれたことがありますか？ （はい・いいえ）

血が止まりにくいと言われたことがありますか？ （はい・いいえ）

血が止まりにくい薬を飲んでいますか？

（飲んでいない、ワーファリン、パナルジン、バイアスピリン、その他_____わからない）

心臓、頭の病気はありますか？ （ない、不整脈、狭心症、心筋梗塞、脳梗塞）

緑内障という目の病気がありますか？眼圧が高いと言われたことがありますか？

（はい・いいえ・わからない）

尿がでにくいですか？（前立腺肥大と言われたことがありますか？） （はい・いいえ）

副腎の腫瘍（褐色細胞腫）と言われたことがありますか？ （はい・いいえ）

高血圧がありますか？ （はい・いいえ）

糖尿病がありますか？ （はい・いいえ）

検査の際に、軽い鎮静剤（ボーっとする注射）を希望されますか？ （はい・いいえ）

ポリープが見つかった場合、当院での内視鏡的な切除を希望されますか？ （はい・いいえ）