

大腸内視鏡検査 問診シート

記載日: 年 月 日

ご氏名: _____ 様 ご年齢: _____ 歳 男・女

Q1. かかりつけ医さまからのご紹介ですか？

はい いいえ

かかりつけ医さまの名称: _____

Q2. 大腸内視鏡検査を受けたことがありますか？

はい 初めて

Q3. 当てはまる症状、目的を教えてください

便潜血反応が陽性 血便 便秘や下痢 便が細い

定期検査(自覚症状なし) その他 _____

Q4. 薬のアレルギーについて

薬のアレルギーはありますか？ 薬剤名: _____

Q5. 血をサラサラにする薬を内服されていますか？(かならず申し出てください)

いいえ はい

当クリニック記入欄)

薬品名:

アスピリン、チエノピリジン、ワルファリン

ダビガトラン(DOAC)・リバロキサバン(DOAC)・アピキサバン(DOAC) エドキサバン(DOAC)

その他

→休薬: / — /

→置換:

アスピリン・シロスタゾール・なし

確認者:

抗血栓薬の休薬により決選塞栓症(脳梗塞、心筋梗塞など)の発症率が高くなるため、

当院では内視鏡学会ガイドラインに準じて可能な限り抗血栓薬を継続しながら内視鏡検査・治療を行います。

休薬の可否は診察にて決定しますので、ご自身の判断で休薬しないように気を付けてください。

Q6. 現在、以下にあてはまる項目はありますか？

なし

糖尿病 高血圧 貧血 狭心症 心筋梗塞 透析 脳卒中による麻痺 緑内障

心臓にペースメーカーが入っている 前立腺肥大(男性のみ)

妊娠あるいはその可能性(女性のみ)

I&T 胃腸と脳のクリニック



I&T
胃腸と脳のクリニック
I&T Gastrointestinal and Brain Clinic

〒560-0021 大阪府豊中市本町一丁目13-34 ウェルネスガーデン1F

TEL:06-4865-5780 FAX:06-4865-5781