

検査問診票① 胃 ・ 大腸

記入日：

診察券ID \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_\_  
生年月日 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 歳)  
体重： \_\_\_\_\_ kg 身長： \_\_\_\_\_ cm

1 下記の質問にできるだけ詳しくご記入ください。

(過去に検診で指摘を受けたこと・いつからどこでどのように治療を受けたか・手術の内容など)

○ 心臓の病気 (ある・ない) 病名 \_\_\_\_\_

- 経過： 手術など治療して治った  
 脈が(遅い・早い・とぶ)と言われた時の脈拍数( \_\_\_\_\_ )  
 検診で指摘されたが放置  自覚症状(有・無)  
 定期的に受診して経過をみている  
 現在、通院治療中

○ 脳の病気 (ある・ない) 病名 \_\_\_\_\_

- 経過： 手術など治療して治った  
 検診で指摘されたが放置  自覚症状(有・無)  
 定期的に受診して経過をみている  
 現在、通院治療中

○ 呼吸器の病気 (ある・ない) 病名 \_\_\_\_\_

- 経過： 手術など治療して治った  
 検診で指摘されたが放置  自覚症状(有・無)  
 定期的に受診して経過をみている  
 現在、通院治療中

○ 高血圧症 (ある・ない)

- 経過： 検診で指摘されたが放置  
 普段血圧高いが放置  
 内服なしで安定している  
 現在、通院治療中

2 上記以外にかかっている病気はありますか？ (ある・ない)

- ・ 緑内障 ・ 前立腺肥大症 ・ 甲状腺亢進症 ・ 糖尿病  
・ 婦人科疾患(子宮筋腫、子宮後屈、卵巣嚢腫) ・ その他( \_\_\_\_\_ )

3 現在、服用中の薬をすべてご記入ください(市販薬・サプリメントを含む) (ある・ない)

4薬のアレルギーについて

- ・ ミント製品でアレルギー症状がでたことはありますか？ (はい・いいえ)  
・ ヨードでアレルギー症状がでたことはありますか？ (はい・いいえ)  
・ 歯の麻酔で気分が悪くなったことはありますか？ (はい・いいえ)  
・ その他に薬のアレルギーはありますか？ (はい・いいえ)

薬剤名： \_\_\_\_\_ その時の症状： \_\_\_\_\_

5睡眠薬・安定剤などは使用していますか？ 常用・頓用・使用していない

薬剤名： \_\_\_\_\_

6タバコは吸われますか？ (はい・いいえ)

過去： \_\_\_\_\_ 年前まで \_\_\_\_\_ 年間 \_\_\_\_\_ 本/日 現在： \_\_\_\_\_ 年間 \_\_\_\_\_ 本/日

7飲酒されますか？(飲む・飲まない) 飲酒時顔が赤く(なる・ならない)

過去： \_\_\_\_\_ 年前まで \_\_\_\_\_ 回/週 \_\_\_\_\_ 杯くらい、現在： \_\_\_\_\_ 回/週 \_\_\_\_\_ 杯くらい

8女性の方へ 妊娠または授乳中ですか？ (いいえ・妊娠中・授乳中)

## 胃カメラを受けられる方

- 1 今回の検査目的： 症状の精査 ・ 検診で精査が必要と言われた ・ 経過観察（内視鏡 回）
- 2 今までに胃カメラを受けたことはありますか？ （はい・いいえ）  
最後の検査は、 \_\_\_\_\_ 年頃 \_\_\_\_\_ 病院/クリニック
- 3 ピロリ菌の検査をされたことはありますか？（はい・いいえ・今回検査希望）  
はいの場合→結果 : 陽性だった → 除菌: \_\_\_\_\_ 年・除菌していない  
: 陰性だった
- 4 今までに胃や食道の病気をされたことはありますか？ （はい・いいえ）  
・胃潰瘍（ \_\_\_\_\_ 歳）・十二指腸潰瘍（ \_\_\_\_\_ 歳）・胃がんまたは食道がん（ \_\_\_\_\_ 歳）  
・胃ポリープ（ \_\_\_\_\_ 歳）・粘膜下腫瘍 \_\_\_\_\_ ・逆流性食道炎  
・その他：（ \_\_\_\_\_ ）
- 5 血縁関係の方で、胃がん、ピロリ菌感染症の方はいますか？ （はい・いいえ）  
病名： \_\_\_\_\_ 続柄： \_\_\_\_\_
- 6 総入れ歯・部分入れ歯・ぐらつく歯はありますか？ （はい・いいえ）

## 大腸カメラを受けられる方

- 1 今回の検査目的： 症状の精査・便潜血で精査が必要と言われた・経過観察（内視鏡 回目）
- 2 今までに大腸カメラを受けたことはありますか？ （はい・いいえ）  
最後の検査は、 \_\_\_\_\_ 年頃 \_\_\_\_\_ 病院/クリニック
- 3 今までに大腸の病気をされたことがありますか？ （はい・いいえ）  
・大腸がん（ \_\_\_\_\_ 歳） 治療方法：  
・大腸ポリープ（ \_\_\_\_\_ 歳）・潰瘍性大腸炎（ \_\_\_\_\_ 歳）・クローン病（ \_\_\_\_\_ 歳）・憩室炎（ \_\_\_\_\_ 歳）  
・その他（ \_\_\_\_\_ ）
- 4 血縁関係の方で、大腸がん、大腸ポリープの病気の方はいますか？ （はい・いいえ）  
病名： \_\_\_\_\_ 続柄： \_\_\_\_\_
- 5 過去1年の間に自覚症状はありましたか？ （はい・いいえ）  
・腹部痛 ・腹部膨満感 ・便が細い ・血便 ・下痢 ・便秘 ・便が黒い  
・その他（ \_\_\_\_\_ ）
- 6 今までにおなかの手術をされたことはありますか？ （はい・いいえ）  
・虫垂炎（ \_\_\_\_\_ 歳） ・胆石（ \_\_\_\_\_ 歳） ・腸切除（ \_\_\_\_\_ 歳）  
・帝王切開（ \_\_\_\_\_ 歳） ・子宮、卵巣（右・左）摘出（ \_\_\_\_\_ 歳）  
・その他（ \_\_\_\_\_ ）
- 7 お通じは何回ありますか？ 1日に \_\_\_\_\_ 回、 1回/ \_\_\_\_\_ 日 形状： \_\_\_\_\_  
便秘薬：薬剤名 \_\_\_\_\_ を毎日・時々使用

# 内視鏡検査・治療における鎮静剤使用に関する説明と同意書

様 診察券ID :

## 【目的】

最近の内視鏡検査は、医療機器の改良や技術の進歩により、苦痛を感じることは少なくなりましたが、痛みや不安を感じる程度にはかなり個人差がございます。鎮静剤を使用すると不安や苦痛が少なく検査を受けていただけます。使用する場合は、検査直前に点滴から鎮静剤を注射します。

## 【合併症】

鎮静剤の使用により呼吸抑制（停止）、低酸素血症、血圧低下などが報告されています。過去5年間の内視鏡学会全国調査（約1200万件）では鎮静剤による合併症は178例が報告されており、そのうち、死亡例は3例報告されています。

合併症が起きた時は、適切な処置を行います。その際の診療は通常の保険診療で行われます。

## 【注意事項】

鎮静剤を使用した場合は、眠気・ふらつきが出現するため、最低30分以上は院内で休んでいただきます。鎮静剤の効果は個人差がありますが、転倒の危険性が高まり、判断力が鈍くなることがあります。また、効果は時間とともに弱くなっていきますが、ご自分ではあまり感じなくとも、当日中はずっと続いているとお考えください。眠気のある状態、判断力の鈍った状態での運転は非常に危険ですので、当日は、車・バイク・自転車などの乗り物の運転はできません。万が一事故を起こした場合は自己責任となり、当院では責任を負いかねます。

妊娠・授乳中の方、高齢の方、心臓・肺・肝臓の機能が弱い方には使用できない場合があります。また、検査後に重大な判断を要する仕事がある方にも使用できません。

ご承諾いただいた方はご署名の上、検査前にご提出下さい。

使用しない（医師が必要と判断した場合には検査中ご説明の上、使用する場合があります）

使用する（うとうとする程度 ・ 眠ってしまう程度）

※鎮静剤の効果には個人差があり、きめ細かく調整しても、結果的にご希望に添えない場合がある事をご了承ください。

承諾日：            年        月        日

ご署名

ほその内科おなかクリニック

院長 細野智子

