

【大腸内視鏡検査についての問診票・同意書】

これまでに大腸内視鏡検査(大腸カメラ)を受けたことはありますか？ <input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 受けたことがある
これまでにお腹の手術を受けたことはありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (手術名：) (手術を受けた年齢：)
下記の病気がありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 心臓の病気 <input type="checkbox"/> 脳卒中などによる麻痺 <input type="checkbox"/> 褐色細胞腫(カテコールアミンというホルモンを出す病気)
薬のアレルギーはありますか？ 特にキシロカインなどの歯の治療時にも使う麻酔薬などのアレルギーはないでしょうか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬剤名：)
血液をさらさらにする薬(抗血栓薬)を飲んでいますか？何の病気に対して飲んでいますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬剤名：) (病名：) (処方している病院名：)
下記の薬剤を使用していますか？(鎮静剤を使用する方のみで結構です) *不明な場合はスタッフにご確認下さい ・エイズ(HIV)の治療の薬 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬剤名) ・麻薬系の強力な痛み止め <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬剤名) ・てんかんの治療の薬 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬剤名)
検査を楽に受けていただくために鎮静剤の使用をご希望されますか？ <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 医師と相談して決めたい <input type="checkbox"/> 希望しない

書写西村内科 院長 殿

大腸内視鏡検査および鎮静剤使用に関して説明書に沿って
説明を受けて、検査を受けることを承諾いたします。

西暦 年 月 日 署名：

説明医師：西村 聡