

大腸視鏡検査

氏名 _____ 殿 カルテ番号： _____

□検査日： _____ 月 _____ 日（ _____ 曜日 午前・午後）

□検査時間：（午前・午後） _____ 時 _____ 分（ご自宅でお薬を服用される方は準備がありますので1時間前に、院内で服用される方は午前9時までに御来院ください）

検査は予約制になっておりますので、都合が悪くなった方は前もってご連絡ください。

前処置の状態（腸の中がきれいになったかどうか）で検査順番が前後する場合があります。

※ 検査当日は終日事故予防のため車、オートバイ、自転車などご本人が運転することができませんので他の交通機関をご利用ください。もしくはご家族の運転でご来院ください。ご帰宅後も運転を避けてください。また検査後に重要な判断を要する仕事は避けてください。なお、ご高齢の方はできる限りご家族と一緒にご来院ください。

腸管洗浄液の飲用について

□自宅で飲用する→約2時間程度腸管洗浄に時間を要します。朝から飲用してください。

□クリニックで飲用する→朝9時までにクリニックにお越しください。

抗凝固剤・抗血小板剤について

（バイアスピリン、パカゾール、ワーファリン、プレザール、プラビックス、Iパテールなど）

薬剤名 _____

内服を 休薬しない 休薬する _____ 月 _____ 日から

●以下をご記入ください

■組織検査について

組織検査の必要性を認めた場合、病理組織検査を

希望する

希望しない

■治療可能なポリープがあった場合

切除を希望する

切除を希望しない

内視鏡的ポリープ切除の偶発症として、出血・穿孔があります。偶発症が起きた場合、緊急処置・入院・手術が必要になることがあります。当クリニックは入院施設を完備しておりませんので、数多くのポリープがあった場合患者さんの安全を第一に考え1回の治療では3個程度とし回数を分けて行います。

検査・治療承諾書

検査・治療に関して理解しましたので、その実施を承諾いたします。なお、当該医療行為中に診療上変更が必要となった際は、変更ならびにその説明が事後になることも承諾いたします。

年 _____ 月 _____ 日

御本人署名 _____ (印)

代理人御署名 _____ (印)

大腸内視鏡検査を受ける方へ(問診票)

氏名 _____ 記入日 年 月 日

1. 大腸内視鏡を今まで何回受けましたか？ (初めて・ _____ 回)

2. 以下の質問にお答えください。

①	心臓の病気や不整脈といわれたことがありますか？ (狭心症・心筋梗塞・心不全・不整脈など)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
②	血液を固まらないようにする薬を飲んでいますか？ ●はいと答えた方→今回の検査のために服用をやめたのはいつですか？ (月 日)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
③	血圧の薬を飲んでいますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
④	糖尿病があり、薬を飲んでいますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑤	甲状腺機能亢進症の薬を飲んでいますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑥	甲状腺機能低下症の薬を飲んでいますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑦	眼科で緑内障や眼圧が高いと言われたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑧	アレルギー体質ですか(花粉症を除く)？ ()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑨	麻酔(手術・歯の治療等)により気分が悪くなったり、じんましんが出たことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑩	腹部の手術を受けたことがありますか？ ●はいと答えた方→(時期: 年前 病名: 手術部位)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑪	前立腺肥大と言われたことがありますか(男性のみ)？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑫	現在妊娠している可能性がありますか(女性のみ)？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑬	現在授乳中ですか(女性のみ)？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑭	これまでに入院・手術・長期継続の通院などしたことがありますか？ ●はいと答えた方→ ()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ