

大腸内視鏡検査を受けられる患者様へ

記入日 平成 年 月 日

氏名: _____ 様 年齢: _____ 歳 (男・女)

◎検査を安全に行うために、以下の質問にお答え下さい。

1. 大腸内視鏡検査を受けられたことがありますか？ (はい ・ いいえ)

※「はい」とお答えの方 以前検査を受けた時に具合が悪くなった事がありますか？ (はい ・ いいえ)

○ 今回検査を受けられる理由は？

(定期検査・便に血が混ざる・おなかの調子が悪い・その他 _____)

2. 病気についておたずねします。

○心臓の病気がありますか？ (はい ・ いいえ)

(不整脈、狭心症、心筋梗塞、その他 _____)

○脳梗塞を起こされたことがありますか？ (はい ・ いいえ)

○血液を固まりにくくする薬をのんでいますか？ (はい ・ いいえ)

(ワーファリン・パナルジン・バファリン・その他 _____)

○高血圧症ですか？ (はい ・ いいえ)

○糖尿病がありますか？ (はい ・ いいえ)

(血糖値を下げる薬を使っていますか？ _____)

○腎臓の病気がありますか？ (はい ・ いいえ)

○緑内障(眼圧が高い)といわれたことがありますか？ (はい ・ いいえ)

○男性の方におたずねします。前立腺肥大症といわれたことがありますか？ (はい ・ いいえ)

3. 今までに手術を受けられたことがありますか？

(はい・病名 _____ いいえ)

4. 検査日前日に連絡がとれる電話番号をご記入下さい。TEL _____

5. 緊急連絡先をご記入下さい。TEL _____ ご関係は？ 家人 ・ 友人

6. 現在お1人でお住まいですか？ (はい・いいえ)

上記記入が出来ましたら看護師に渡してください

検査予定日 平成 年 月 日 カルテNo. NS: _____

渡した物品に○をつけてください。

検査食 ラキソ1本、 2本 マグP100 ニフレック ガスモチン・ガスコン マグP50

検査当日 嘔気・嘔吐 (ある・なし) 合併症の確認 (ある・なし) 腹部症状 (ある・なし)

排便状況 出血 (+ -) ニフレック+・バルギン マグP 内服量: _____ ml 追加

抗凝固剤の中止確認 (_____)

検査前 血圧:

薬量: オピ 25 ・ 50 ドル

検査後 血圧:

追加 薬: アドナ・トランサミン

生食200ml

フルマ 2ml

ロセフィン 1g

ブスコパン

グルカゴン