氏　名		生年月日					
		性別		身長	cm	体重	kg
電話番号 1		電話番号 2					
住　所							

■ 紹介状の持参 ： [　なし ・ あり　]　　■ 大腸内視鏡検査の予約希望 ： [　なし ・ あり　]

■ 検査目的 ： 経過観察 ・ 健診二次 ・ 健診(症状なし) ・ 症状あり (詳細は下記にご記入ください)

■ いつから [　　] 症状の詳細 [　　]

■ 下記の該当する項目を〇で囲み、( )内には詳細をご記入ください。

☆ 最終のお食事時間は何時ですか？	昨日 ・ 本日 (　　時頃)
☆ 女性の方へ ： 妊娠の可能性はありますか？	ない ・ ある ・ 妊娠中(　　週)・ 授乳中
☆ 胃内視鏡検査を受けたことがありますか？	ない ・ ある (最終　　年頃)
【 ない と答えた方 】 歯科麻酔を使用したことはありますか？	ない ・ ある
☆ ピロリ菌の検査を受けたことがありますか？	ない ・ ある (陰性 ・ 陽性)
【 ある と答えた方 】 除菌治療を受けたことがありますか？	ない ・ ある (除菌成功 ・ 不成功 ・ 未判定 ・ 結果不明)
☆ 大腸内視鏡検査を受けたことがありますか？	ない ・ ある (最終　　年頃)
【 ある と答えた方 】 受けた病院はどちらで、大腸のどこまで診てもらいましたか？	当院 ・ 他院 (病院名 ：　　) 全大腸 ・ 途中まで ・ 痛くて途中で中止 ・ 不明
☆ 薬(内服、注射、麻酔等)のアレルギーはありますか？	ない ・ ある 薬名(　　)
☆ 卵、大豆、アルコール消毒のアレルギーはありますか？	ない ・ ある (卵 ・ 大豆 ・ アルコール消毒)
☆ 治療中の疾患は、全て〇で囲んでください。	心筋梗塞、狭心症、不整脈、ペースメーカー挿入中、糖尿病、 前立腺肥大、高血圧、高脂血症、甲状腺(亢進症 ・低下症) 脳梗塞、喘息、花粉症、婦人科、皮膚科、整形外科、耳鼻科、 眼科、緑内障の点眼(あり･なし) その他 (　　)
☆ 腹部の手術をしたことがありますか？	ない ・ ある (手術部位:　　)
☆ その他、入院するような病気をしたことがありますか？	ない ・ ある (病名:　　)
☆ 現在、処方されているお薬はありますか？ **薬手帳をお持ちでしたらあわせてご提出ください。**	ない ・ ある (処方薬がある方は薬名を記載してください) 薬名 ：
● 血をサラサラにするお薬はありますか？	ない ・ ある (脳 ・ 心臓 ・ 血栓症) 薬名 ：
● 糖尿病のお薬はありますか？ 【 内服薬 】 【 注射薬 】	ない ・ ある(薬名 ：　　) ない ・ ある(薬名 ：　　)
● 鉄分のお薬はありますか？	ない ・ ある(薬名 ：　　)
☆ お酒は飲みますか？	飲まない ・ 飲む (一度の摂取量 ：約　　ml)