

胃・大腸X線検査 問診票

検査日 年 月 日

フリガナ.....

氏名 性別(男・女) 生年月日 年 月 日 歳

次の質問にお答え下さい。

① 今までに胃または大腸のX線(バリウム)検査を受けたことがある。【はい・いいえ】

② 以前に胃またはX線(バリウム)検査を受けられた時に、アレルギー症状が出たことがある。【はい・いいえ】

「はい」と答えた方はその時どのような症状でしたか？

その症状に○印をつけて下さい。

- | | | |
|-------------|-----------|-------------|
| 1. じんましん | 2. 気分が悪い | 3. 顔色が青白くなる |
| 4. 手足が冷たくなる | 5. のどがつまる | 6. 息苦しい |
| 7. その他() | | |

③ 薬や食べ物でアレルギー症状が出たことがある。【はい・いいえ】

「はい」と答えた方はその薬や食べ物の名前を記入して下さい。

(薬の名前:)

(食べ物の名前:)

④ 日常の排便について○印をつけて下さい。

- | | |
|--------------------------|------------------------|
| 1. 毎日排便がある | 2. 便秘気味である(2~3日に1回の排便) |
| 3. ひどい便秘症である(4日以上に1回の排便) | |

⑤ 現在、消化管(胃や大腸)に病気がある。【はい・いいえ】

「はい」と答えた方はその病名を記入して下さい。

(病名:)

⑥ 緑内障または、眼圧が高いと言われたことがある。【はい・いいえ】

⑦ 糖尿病と言われたことがある。【はい・いいえ】

⑧ 血圧が高いと言われたことがある。【はい・いいえ】

⑨ 心臓が悪いと言われたことがある。【はい・いいえ】

⑩ 最近、おしっこが出にくい。【はい・いいえ】

⑪ 胃や大腸の手術をしたことがある。【はい・いいえ】

⑫ 男性の方にお聞きします。前立腺肥大と言われたことがある。【はい・いいえ】

⑬ 女性の方にお聞きします。妊娠の可能性がある。【はい・いいえ】

ご記入ありがとうございました。