

フリガナ		大正
お名前	生年月日	昭和 年 月 日 () 歳 平成
〒	ご住所	
電話番号	(自宅)	(携帯電話)
ご職業	帰宅所要時間・方法	分 電車・タクシー・お迎え有・その他()
お仕事内容	<input type="checkbox"/> 活動型(外出が多い) <input type="checkbox"/> 在宅型(デスクワークが多い) <input type="checkbox"/> 中間型	
食生活	<input type="checkbox"/> 3食きちんと摂る / <input type="checkbox"/> 2食(朝・昼・夕) / <input type="checkbox"/> 1食(朝・昼・夕)	
便秘	いいえ ・ はい →下剤の使用(いいえ ・ はい (薬剤名:))	

●受診理由

- 1) 検診として (胃内視鏡検査 ・ 大腸内視鏡検査 ・ 胃並びに大腸内視鏡検査)
- 2) 症状があるため [腹痛 ・ 嘔気 ・ 違和感(喉 ・ 胸部 ・ 腹部)
便通異常(血便 ・ 下痢 ・ 便秘) ・ その他 ()]
- 3) 精密検査が必要と言われたため (内容:)

ご希望の検査に☑をお入れ下さい(下記の検査は全て一日で終了します。検査は全て自費診療となります。)

[同日検査＝胃内視鏡検査と大腸内視鏡検査\(二つの検査が同じ日に受けられます\)](#)

[胃内視鏡検査](#)

[大腸内視鏡検査](#)

●内視鏡検査の不安や緊張はいかがですか？ 強 ・ 中 ・ 弱

<胃内視鏡検査をご希望の方>

- | | |
|--|---------------------------------------|
| ①胃内視鏡検査は初めてですか？ | いいえ(今回で 回目)・はい |
| ②ピロリ菌の検査はしたことがありますか？ | いいえ・はい (陽性 ・ 陰性) |
| ②-①「陽性(ピロリ菌がいると言われた方)」
の方は除菌はしましたか？ | いいえ・不明
はい(歳頃)→除菌(成功 ・ 不成功 ・ 不明) |
| ③お酒は飲みますか？ | いいえ・はい(週に 回くらい) |
| ③-①飲酒後、すぐに顔が真っ赤になりますか？ | いいえ・はい |
| ④タバコは吸いますか？ | いいえ・はい・吸っていたがやめた(年前) |

<大腸内視鏡検査をご希望の方>

- | | |
|--|--------------------------------------|
| ①大腸内視鏡検査は初めてですか？ | いいえ(今回で 回目)・はい |
| ①-①「はい」の方は今まで大腸ポリープを
指摘されたことはありますか？ | いいえ
はい (不明 ・ 1～2個 ・ 3～5個 ・ 6個以上) |
| ①-②ポリープの切除はしましたか？ | いいえ・はい |

①現在お薬を服用していますか？	いいえ はい 薬剤名 ()
②歯の治療、内視鏡検査のときに麻酔薬で気分が悪くなられたことはありますか？	いいえ ・ 不明 ・ はい
③お薬のアレルギーはありますか？	いいえ ・ 不明 ・ はい(薬剤名:)
④以下の病気はありますか？	いいえ ・ はいの方は以下の病名に○をつけて下さい
1) 心臓病 2) 肺疾患 3) 喘息 4) 糖尿病 5) 高血圧 6) 緑内障(眼圧:右 左) 7) 前立腺肥大 8) 甲状腺機能亢進症	
⑤ ④以外で現在治療中の病気がありましたらお書き下さい。 ()	
⑥ 今まで手術を受けられたことはありますか？	いいえ ・ はい
※「はい」の方は下記にお答え下さい。 病名: 治療内容: 年齢: 医療機関:	
⑦がんと診断されたことはありますか？	いいえ ・ はい
※「はい」の方は下記にお答え下さい。 病名: 治療内容: 年齢: 医療機関:	
⑧親族の方にがんと診断された方はいますか？	いいえ ・ はい
※「はい」の方は下記にお答え下さい 続柄: 病名:	

<院内におけるその他の検査>
(別途費用がかかります。下記検査も内視鏡検査と同じ日に受けられます)

血液検査: ピロリ菌・ペプシノーゲン検査(胃癌のリスクを調べる検査)

血液検査: 腫瘍マーカーによるがん検診(胃癌、大腸癌、肺癌、乳癌、肝臓癌、卵巣癌、前立腺癌など)

超音波検査によるがん検診: 腹部(肝臓・胆嚢・脾臓、腎臓、膵臓)、前立腺、甲状腺

頸動脈超音波: 頸動脈の動脈硬化やその程度を検査

生活習慣病健診: 内臓脂肪計測より生活習慣病(糖尿病・心筋梗塞・高血圧など)の予防検査

骨密度測定: 骨粗鬆症・骨年齢測定

動脈硬化検査: 血管年齢測定、高脂血症の投薬判断、心臓・脳疾患の予防検査

心電図: 不整脈、狭心症、心筋梗塞などの心臓疾患検査

<他医療機関によるその他の検査>
(医療連携施設のご紹介)MRI、CTによる検診のため痛みは全くありません。

男性のためのがん検診: 肺がん、前立腺がん、肝臓・胆嚢・膵臓がんなどの検診

女性のためのがん検診: 乳がん、子宮頸部・体部がん、卵巣がんなどの検診

心臓ドック: 狭心症や心筋梗塞などの検診

脳ドック: 脳腫瘍、脳梗塞、脳動脈瘤などの検診

全身がん検診: PET-CTによる全身がん検診

●内視鏡検査日の2～3日前に来院時間やお持ち物等事前連絡のご希望はありますか？	いいえ ・ はい
●当院を選ばれた理由をお聞かせください。 ご紹介者 () 様 ・ 新聞 ・ 雑誌 ・ TV ・ ラジオ インターネット(Yahoo! ・ Google、検索キーワード ())	

ご協力有難う御座いました。ご記入が終えられましたら、受付までお出し下さい。