

| | |
|--|---------------------------|
| 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: | |
| <p><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)</p> <p><input type="checkbox"/>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)</p> <p><input type="checkbox"/>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)</p> <p><input type="checkbox"/>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</p> <p><input type="checkbox"/>頸動脈超音波: 頸動脈の動脈硬化やその程度を検査</p> <p><input type="checkbox"/>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</p> <p><input type="checkbox"/>骨密度測定: 骨粗鬆症・骨年齢測定</p> <p><input type="checkbox"/>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</p> <p><input type="checkbox"/>心電図: 不整脈、狭心症、心筋梗塞などの心臓疾患検査</p> <p><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。</p> <p><input type="checkbox"/>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</p> <p><input type="checkbox"/>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</p> <p><input type="checkbox"/>心臓ドック: 狭心症や心筋梗塞などの検診</p> <p><input type="checkbox"/>脳ドック: 脳腫瘍、脳梗塞、脳動脈瘤などの検診</p> <p><input type="checkbox"/>全身がん検診: PET-CTによる全身がん検診</p> | |
| ●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。