

人間ドック・内視鏡検査 問診票

にしお内科・消化器内視鏡クリニック

フリガナ

カルテ ID

記入日：20 年 月 日 氏名： ()

生年月日： S・H・R 年 月 日 (歳)

住所： 電話番号： - - -

1. 本日の体調 特になし (検診目的) 気になる症状あり
()

2. 既往歴・現病歴 (該当する疾患に○をつけてください)

・高血圧 ・ 糖尿病 ・ 脂質異常症 ・ 心臓病 (狭心症・心筋梗塞・不整脈) ・ 脳卒中 喘息
・緑内障 ・ 前立腺肥大症 ・ 腎臓病 ・ 肝臓病 ・ 甲状腺疾患 がん (部位：
・手術歴 (部位：
) ・ その他 ()

3. 服薬状況 (※お薬手帳があればご提示ください) なし あり
(薬品名：)

【重要】血液サラサラの薬 (抗血栓薬) を飲んでいますか？

飲んでいない 飲んでいる (休薬指示： あり・ なし)

4. アレルギー なし あり (薬・食品・ゴムなど：
)

※過去に麻酔薬で気分が悪くなったことはありますか？ (はい ・ いいえ)

5. 生活習慣 喫煙 (なし ・ 過去あり ・ あり _ 本 × _ 年)
 飲酒 (なし ・ 時々 ・ 毎日 _ 合 / 日)

6. 内視鏡検査 (胃・大腸カメラ) について (希望者のみ)

鎮静剤 (麻酔) ・ 鎮痛剤を希望しますか (はい ・ いいえ)

経験： 胃 (初めて ・ 経験あり → 楽・普・辛)

大腸 (初めて ・ 経験あり → 楽・普・辛)

便通： 便秘傾向ですか？ (はい ・ いいえ)

歯科： ぐらつく歯・治療中の歯はありますか？ (なし ・ あり → 場所：
(総入れ歯 ・ 部分入れ歯 ・ ブリッジ ・ インプラント)

7. 【重要】鎮静剤使用される方の送迎確認 本日は鎮静剤を使用します。検査当日はご自身での自動車・バイク・自転車の運転は法律で禁止されています。

家族等の送迎、または公共交通機関で来院しております、当日は運転しません。

8. オプション検査 (ご希望の項目にチェックを入れてください)

基本セット (A～E コース) に追加できます。費用はホームページの人間ドック参照ください。

【腫瘍マーカー (がんリスク血液検査)】

CEA (消化器全般・肺) ・ CA19-9 (膵臓・胆のう・大腸) 抗 p53 抗体 (食道・大腸・乳がん等 早期発見) SCC (食道がん・子宮頸がん等) CA125 (卵巣がん：女性)
 CYFRA (肺がん：扁平上皮) ・ ProGRP (肺がん：小細胞) PSA (前立腺がん：男性)
 DUPAN-2 ・ SPAN-1 (膵癌)

【心臓・血管・生活習慣病リスク】

sd-LDL (超悪玉コレステロール：動脈硬化リスク評価) NT-proBNP (心不全・心機能マーカー) 甲状腺機能検査 (TSH, FT3, FT4)

【ピロリ菌検査】

抗ヘリコバクターピロリ抗体 (血液検査で判定) UBT (尿素呼気試験：検査パックに息を吹き込んで判定) 迅速ウレアーゼ検査 (胃カメラ検査中に組織を採取して判定)

【その他】 アレルギー MAST48 (一度の採血で48種類のアレルゲンを判定)

便へモグロビン検査 (便潜血) HBs 抗原 (B型肝炎) HCV 抗体 (C型肝炎)