

# 人間ドック申込書 / 問診票

以下の太枠に、ご記入下さい。

検査日 平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

フリガナ 氏名 (男・女)	生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
〒 住所	携帯電話番号
<申込みコース>	<申込みオプション> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 尿素呼気法(呼気) ・ 抗体検査(採血) ・ ペプシノーゲン検査(採血)</li> <li>・ 感染症セット (HBs抗原・HCV抗体・梅毒)(採血)</li> <li>・ 便潜血検査(2回法) ・ HBs抗体 (GLIA法)(採血) ・ 腫瘍マーカー(採血)</li> </ul>

この問診は、安全に検査を実施させていただくためにお尋ねするものです。

以下の質問にご回答お願い致します。

これまでに大きな病気にかかったことがありますか？ (入院するような病気)	ない ・ ある ____ 歳の時 病名____ ____ 歳の時 病名____
手術を受けたことがありますか？	ない ・ ある ____ 歳の時 手術内容____ ____ 歳の時 手術内容____
現在治療中のご病気はありますか？	ない ・ ある 高血圧 糖尿病 高脂血症 喘息 心筋梗塞 狭心症 不整脈 緑内障 前立腺肥大症 肝炎 その他____
現在飲んでいるお薬はありますか？ ※ 血液をサラサラにするお薬をお飲みの方はご申告漏れのないようお願い致します。	ない ・ ある お薬名____ ____
お薬のアレルギーはありますか？	ない ・ ある お薬名____
歯科などでの麻酔で気分が悪くなったことがありますか？	ない ・ ある
女性の方へ 現在妊娠している可能性がありますか？	ない ・ ある
これまでに内視鏡検査を受けたことがありますか？	<胃> 初めて ・ 最後に受けたのは____ 歳 <大腸> 初めて ・ 最後に受けたのは____ 歳
ヘリコバクターピロリ菌についてお尋ねします。	検査をしたことが ない ・ 陰性 ・ 陽性 除菌をしたことが ない ・ ある
はずせる義歯やグラグラしている歯がありますか？	ない ・ ある

その他、検査について不安なこと、ご質問などがございましたらお書きください。