

1. 検査のための事前確認事項

にチェックを入れてください

(スタッフ記入欄)

| | | |
|--|-------------|--|
| <p><input type="checkbox"/> 血糖を下げるお薬を服用、またはインスリン注射を行っていますか □はい</p> | <p>□いいえ</p> | <p>最終内服日 月 日</p> |
| <p><input type="checkbox"/> 抗凝固剤(血液をさらさらにする薬)を内服していますか □はい</p> | <p>□いいえ</p> | <p>□ 月 日から休薬 □ 休薬なし □ 2日目朝休薬指示あり</p> |
| <p><input type="checkbox"/> 採血などの処置で気分が悪くなったことがありますか □はい</p> | <p>□いいえ</p> | <p>穿刺不可部位 ()</p> |
| <p><input type="checkbox"/> アルコール綿でかぶれたことはありますか □はい</p> | <p>□いいえ</p> | <p>採血・穿刺・留置</p> |
| <p><input type="checkbox"/> 薬(歯科麻酔薬・ヨードなど)、食物のアレルギーはありますか □はい</p> <p>薬: <input type="checkbox"/> 食物: <input type="checkbox"/></p> | <p>□いいえ</p> | <p>過去の穿刺難 無 有 (当院 他院) 温電法 飲水</p> |
| <p><input type="checkbox"/> 極度の閉所恐怖症はありますか □はい</p> | <p>□いいえ</p> | <p>□MRI初</p> |
| <p><input type="checkbox"/> 体内留置物はありますか □はい</p> <p>心臓ペースメーカー、ステント、人工関節、歯科インプラント、その他() ※心臓ペースメーカー/ステント手帳を持参してください。 ※インプラント挿入後初めてMRIを受ける場合は、MRIが可能か歯科医に確認してください。</p> | <p>□いいえ</p> | <p>ABI/PVW禁忌確認 □</p> |
| <p><input type="checkbox"/> 装着物がありますか(検査当日も装着するもの) □はい</p> <p>眼鏡、補聴器、義歯、コンタクトレンズ、ウィッグ、杖、ネイル、その他() ※コンタクトレンズを装着したまま眼圧測定はできません。事前にはずしていただきます。 ※カラーコンタクトレンズを装着したままMRI撮影はできません。事前にはずしていただきます。</p> | <p>□いいえ</p> | |
| <p><input type="checkbox"/> アートメイク、入れ墨はありますか □はい</p> <p>※MRIにて低温やけどや変色の可能性があります。</p> | <p>□いいえ</p> | <p>→技師連絡</p> |
| <p><input type="checkbox"/> 胃カメラの時に鎮静剤を希望しますか □はい</p> <p>※検査当日に車の運転の予定がある場合、鎮静剤は使用できません。</p> | <p>□いいえ</p> | <p>→車両運転(あり・なし)</p> |

2. 検査・治療履歴

| | | |
|--|-------------|---------------------------------------|
| <p><input type="checkbox"/> 胃カメラを受けたことはありますか □はい 前回(当院・他院) 年 月ころ</p> | <p>□いいえ</p> | <p>生検 (あり・なし)</p> |
| <p><input type="checkbox"/> 大腸カメラを受けたことはありますか □はい 前回(当院・他院) 年 月ころ</p> | <p>□いいえ</p> | <p>生検 (あり・なし)</p> |
| <p><input type="checkbox"/> PET検査を受けたことはありますか □はい 前回(当院・他院) 年 月ころ</p> | <p>□いいえ</p> | |
| <p><input type="checkbox"/> ピロリ菌の除菌治療を受けたことはありますか □はい(成功・不成功・未確認)(当院・他院) 年 月ころ →UBT、便検査、その他、不明</p> | <p>□いいえ</p> | <p>HP検査 (あり・なし・不明) (陽性・陰性・不明)</p> |
| <p><input type="checkbox"/> 最近バリウム検査を受けましたか □はい 月 日 ※バリウム検査から1週間以内の人間ドックは避けてください。</p> | <p>□いいえ</p> | |

3. 現病歴

現在治療中の疾患や定期的に通院している疾患をご記入ください

※前回から変化があったものは、追記・訂正をお願いします。

| 疾患名 | 年齢 | 治療薬 | 手術 | 受診施設 | 備考 |
|--------|----|-------|----|-------|----|
| 例) 高血圧 | 62 | あり・なし | あり | 当院・他院 | |
| ① | | あり・なし | あり | 当院・他院 | |
| ② | | あり・なし | あり | 当院・他院 | |
| ③ | | あり・なし | あり | 当院・他院 | |
| ④ | | あり・なし | あり | 当院・他院 | |
| ⑤ | | あり・なし | あり | 当院・他院 | |
| ⑥ | | あり・なし | あり | 当院・他院 | |
| ⑦ | | あり・なし | あり | 当院・他院 | |
| ⑧ | | あり・なし | あり | 当院・他院 | |
| ⑨ | | あり・なし | あり | 当院・他院 | |
| ⑩ | | あり・なし | あり | 当院・他院 | |
| ⑪ | | あり・なし | あり | 当院・他院 | |
| ⑫ | | あり・なし | あり | 当院・他院 | |

4. 既往歴

入院や手術などにより治癒した疾患をご記入ください

※前回から変化があったものは、追記・訂正をお願いします。

| 疾患名 | 年齢 | 手術 | 受診施設 | 備考 |
|--------|----|----|-------|----|
| 例) 虫垂炎 | 15 | あり | 当院・他院 | |
| ① | | あり | 当院・他院 | |
| ② | | あり | 当院・他院 | |
| ③ | | あり | 当院・他院 | |
| ④ | | あり | 当院・他院 | |
| ⑤ | | あり | 当院・他院 | |
| ⑥ | | あり | 当院・他院 | |
| ⑦ | | あり | 当院・他院 | |
| ⑧ | | あり | 当院・他院 | |
| ⑨ | | あり | 当院・他院 | |
| ⑩ | | あり | 当院・他院 | |

5. 内服薬

現在服用している薬(医療機関で処方されている薬)をご記入ください

※お薬手帳など薬の内容がわかるものをお持ちいただければ、ご記入いただかなくても結構です。

| 薬剤名 | 朝 | 昼 | 夕 | 就寝前 | 頓用 | 備考 |
|----------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----|
| 例) ノルバスク | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ① | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ② | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ③ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ④ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ⑤ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ⑥ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ⑦ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ⑧ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ⑨ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ⑩ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ⑪ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ⑫ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ⑬ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ⑭ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ⑮ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ⑯ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

6. 自覚症状

あなたの自覚する健康状態はいかがですか

よい まあよい ふつう あまりよくない よくない

現在、気になる症状があればご記入ください

特になし

疲れやすい

体重の変化(増加・減少)

息切れ

動悸・脈の乱れ

便秘や下痢

排尿に関する症状

痛み(部位: _____)

もの忘れ

むせる

転倒・ふらつき

その他

(_____)

7. 家族歴

血縁のご家族(父母、兄弟姉妹)に次の病気にかかった方がいらっしゃいますか

- がん() 詳細)
- 心疾患()
- 脳血管疾患()
- 高血圧()
- 糖尿病()
- その他()

| |
|--|
| |
|--|

8. 職業

該当する職業に○をして、さしつかえなければ職業をご記入ください

会社経営 ・ 会社役員 ・ 会社員 ・ 自営業 ・ 公務員 ・ 団体職員 ・ 医療従事者

学生 ・ 主婦 ・ 無職 ・ その他()

※具体的職業・仕事内容

| |
|--|
| |
|--|

9. 運動

運動習慣はありますか

はい いいえ

日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか

はい いいえ

以前に比べて歩く速度が遅くなって来たと思いませんか

はい いいえ

週に1回以上は外出していますか

はい いいえ

運動内容や心がけていることがあればご記入ください

| |
|--|
| |
|--|

10. 睡眠

睡眠で休養が十分にとれていますか

はい いいえ

睡眠中に呼吸が止まると言われたことがありますか

はい いいえ

11. 喫煙

現在、たばこを習慣的に吸っていますか

はい

○1日の平均本数 ()本 喫煙年数 ()年

○禁煙することに関心がありますか

ある

ない

○今までたばこをやめたことがありますか

ある (回、最長 年間/ ヲ月/ 日間、 歳ごろ)

ない

いいえ

→過去にたばこを吸っていた方

○いつ頃禁煙されましたか

()歳頃から禁煙

過去の平均本数 ()本

過去の喫煙年数 ()年

12. 飲酒

お酒を飲む頻度はどのくらいですか

ほとんど飲まない(飲めない)

時々

ほぼ毎日

※1日あたりの飲酒量は平均的にどのくらいですか(日本酒換算:下記の表を参照してください)

1合未満

1~2合未満

2~3合未満

3合以上

心がけていることがあればご記入ください。



日本酒1合
180ml



ビール
500ml



ウイスキー
60ml



焼酎25度
120ml



ワイングラス
1.5杯 180ml

13. 食事

人と比べて食べる速度は速いですか

速い

ふつう

遅い

就寝前の2時間以内に夕食をとる事が週に3回以上ありますか

はい

いいえ

朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか

はい

いいえ

味付けは濃いほうですか

はい

いいえ

食事はお腹いっぱい食べますか

はい

いいえ

栄養バランスに気をつけていますか

はい

いいえ

1日3食食べていますか

はい

いいえ

食べる時の状態はどれにあてはまりますか

何でもかんで食べることができる

歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある

ほとんどかめない

心がけていることがあればご記入ください。

14. 婦人科・乳腺問診(女性の方のみご記入ください)

現在妊娠の可能性がありますか

はい

いいえ

現在授乳中ですか

はい(20 年 月出産)

いいえ

月経についてご記入ください(閉経されている方は閉経の歳を記入してください)

最終月経(年 月 日～ 日間)

閉経()歳ごろ

妊娠および分娩についてご記入ください

妊娠()回

分娩()回

子宮内避妊具(リングなど)を使用していますか

はい(詳細) いいえ

*ミレーナ、ノバT など

子宮がん検診を受けたことがありますか

はい 前回(当院・他院)(年 月ごろ)

いいえ

※異常の指摘があればご記入ください。〔

婦人科(子宮・卵巣)、産科(帝王切開など)の手術を受けたことがありますか

はい〔

いいえ

備考)

乳がん検診を受けたことがありますか

はい 前回(当院・他院)(年 月ごろ)

いいえ

※異常の指摘があればご記入ください。〔

マンモグラフィ検査を受けたことがありますか

はい 前回(当院・他院)(年 月ごろ)

いいえ

乳腺の疾患で治療を受けたことがありますか?

はい〔

いいえ

豊胸術や乳房再建術を受けたことがありますか

はい ()

いいえ

※人工挿入物(シリコンバッグ、生食バッグなど)がある場合、人間ドックではマンモグラフィを行っておりません。

乳房の自覚症状について

しこりはありますか

はい(右・左)

いいえ

痛みがありますか

はい(右・左)

いいえ

乳首から分泌がありますか

はい(右・左)

いいえ

その他()