

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 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p>		最終内服日 月 日
<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 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</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 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p>		穿刺不可部位 () 採血・穿刺・留置 過去の穿刺難
<p><input type="checkbox"/> アルコール綿でかぶれたことはありますか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p>		無 有 (当院 他院) 温罨法 飲水
<p><input type="checkbox"/> 薬のアレルギーはありますか <input type="checkbox"/>はい (内容:) <input type="checkbox"/>いいえ</p>		
<p><input type="checkbox"/> 極度の閉所恐怖症はありますか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p>		
<p><input type="checkbox"/> 体内留置物はありますか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ 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手帳 は持参してください</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) <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ 眼鏡、補聴器、義歯、ウィッグ、杖、その他()</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 <input type="checkbox"/>はい 前回(当院・他院) 年 月ころ <input type="checkbox"/>いいえ</p>		生検 (あり・なし)
<p><input type="checkbox"/> 大腸カメラを受けたことはありますか <input type="checkbox"/>はい 前回(当院・他院) 年 月ころ <input type="checkbox"/>いいえ</p>		生検 (あり・なし)
<p><input type="checkbox"/> PET検査を受けたことはありますか <input type="checkbox"/>はい 前回(当院・他院) 年 月ころ <input type="checkbox"/>いいえ</p>		
<p><input type="checkbox"/> 最近バリウム検査を受けましたか <input type="checkbox"/>はい 月 日 <input type="checkbox"/>いいえ ※バリウム検査から1週間以内のPET検査は避けてください</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	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 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. 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/ カ月/ 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

10. 女性の方のみお答えください

1)現在妊娠の可能性ががありますか

はい

いいえ

2)現在授乳中ですか

はい

いいえ

(20 年 月 出産)

3)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