★下記の質問にお答えください。

氏名

ID

検診コース名

検診年月日

※該当する項目の□をクリックすると、チェック（×印）が付きます

１．記入日（ 年 月 日）、生年月日（ 年 月 日）（ ）歳

２．現在気になる症状はありますか [ ] はい　[ ] いいえ

|  |  |
| --- | --- |
| どのような症状ですか |  |

３．最近、体重に変化がありましたか [ ] 変化あり　[ ] 変化なし

どれくらいの変化がありましたか　（ ）ヶ月で（ ）㎏　[ ] 増加　[ ] 減少

４．過去に輸血を受けたことがありますか [ ] はい　[ ] いいえ

５．アレルギーはありますか [ ] はい　[ ] いいえ

[ ] 花粉　[ ] 食べ物　[ ] のみ薬　[ ] 注射薬　[ ] 消毒薬　[ ] 絆創膏

|  |  |
| --- | --- |
| 詳しい内容 |  |

６．入れ歯は入っていますか [ ] はい　[ ] いいえ

入っている方は、あてはまるものにチェックをつけてください。

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | 総入れ歯 |
| [ ]  | 部分入れ歯（[ ] 上　[ ] 下） |
| [ ]  | インプラント |
| [ ]  | 差し歯 |
| [ ]  | 磁石式入れ歯 |

７．手術などで体内に金属が入っていますか [ ] はい　[ ] いいえ

「はい」の方はあてはまるものすべてにチェックをつけ、（　）にご記入ください。

* その他には、外れない指輪、体内に埋め込んでいるその他の器具などを記入してください。
* 金属の種類によってはＭＲＩ検査ができないことがあるため、挿入した病院へ確認してください。
* ペースメーカー（埋め込み型除細動器）を挿入している方は、検査ができない場合があります。

検査当日にICD手帳（またはペースメーカー手帳）をご持参ください。

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | 人工関節（場所：） |
| [ ]  | 脳動脈瘤に対するクリップ |
| [ ]  | 脳内などに埋め込まれた刺激電極 |
| [ ]  | ステント（血管や胆管などを広げる筒状の金属） |
| [ ]  | ペースメーカー |
| [ ]  | 植え込み型除細動器 |
| [ ]  | 人工弁 |
| [ ]  | ティッシュエキスパンダー（乳がん時） |
| [ ]  | 入れ墨 |
| [ ]  | 下大静脈フィルター（肺塞栓予防器具） |
| [ ]  | ポート（皮下埋込型カテーカルの刺し口） |
| [ ]  | 人工内耳 |
| [ ]  | 内視鏡の止血用クリップ |
| [ ]  | 子宮内避妊具 |
| [ ]  | 持続血糖測定器 |
| [ ]  | その他（　） |

８．タバコを吸っていますか [ ] はい　[ ] いいえ　[ ] 以前吸っていた

1日（ ）本×（ ）歳～（ ）歳まで

９．お酒を飲む習慣がありますか [ ] はい　[ ] いいえ

　週（ ）日×種類と量（ ）

１０．現在お仕事をお持ちですか [ ] はい→職業（ ）　[ ] いいえ

１１．アスベスト・クロム・マスタードガスの取り扱い、または放射能に被ばくした経験がありますか [ ] はい　[ ] いいえ

１２．これまでにかかった病気・怪我はありますか。 [ ] はい　[ ] いいえ

**※該当する項目の□をクリックすると、チェック（×印）が入ります。**

これまでの病気と治療・処置の内容について記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年齢 | 病名 | 治療 | 現在 |
| 例）50 | 胃がん | 胃全摘出 | [x] 治療中　[ ] 治療終了 |
|  |  |  | [ ] 治療中　[ ] 治療終了 |
|  |  |  | [ ] 治療中　[ ] 治療終了 |
|  |  |  | [ ] 治療中　[ ] 治療終了 |
|  |  |  | [ ] 治療中　[ ] 治療終了 |

１３．ピロリ菌除去のお薬を飲んだことがありますか [ ] はい→（ ）歳　[ ] いいえ

１４．現在使用している薬（点眼・点鼻・貼り薬も含む）はありますか [ ] はい　[ ] いいえ

お薬の内容が記されているもの（お薬手帳やお薬の説明書等）のコピーを同封してください。

資料がない場合、下記へ薬の内容を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 薬の名前 | 用量 | 一日の量 | 用法（内服時間） |
| 例）〇△□ | 25㎎ | 〇錠 | 朝・夕食後 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

１５．排泄について教えてください

１）1日の排尿回数は何回ですか 日中（ ）回、夜間（ ）回数

２）排便習慣 （ ）日に（ ）回

３）排尿時・排便時に気になる症状はありますか [ ] はい　[ ] いいえ

|  |
| --- |
|  |

次頁へ

１６．血縁者（親・兄弟姉妹・子・祖父母）でがんになった方がいましたか。[ ] はい　[ ] いいえ

|  |  |
| --- | --- |
| 続柄 | 病歴（がん） |
| 例）父方祖父 | ○○がん |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **女性問診票　※女性のみご記入ください** |

１．現在妊娠をしていますか [ ] はい　[ ] いいえ

２．子宮がん検診を受けたことがありますか [ ] はい　[ ] いいえ

|  |  |
| --- | --- |
| 最終検診日 ( )年( )月 | 検診の結果　　[ ] 正常　　[ ] 異常あり |

３．下腹部に痛みを感じることがありますか [ ] はい　[ ] いいえ

４．月経について

|  |
| --- |
| 1）初潮 ( )歳　　2）閉経 ( )歳 |
| 3）月経がある方 | 最終月経開始日 ( )月( )日月経時の出血量はどのくらいですか 　[ ] 多い　[ ] 普通　[ ] 少ない月経周期は規則的ですか 　　　　[ ] 規則的　[ ] 不規則 |

５．月経以外に出血したことがありますか [ ] ない　[ ] ある→いつ( )

６．月経以外に赤や茶色のおりものはありますか [ ] はい　[ ] いいえ

７．今までに婦人科の病気に罹ったことがありますか [ ] はい　[ ] いいえ

|  |
| --- |
| 病名： |

８．子宮摘出術を受けたことがありますか [ ] はい　[ ] いいえ

９．性交時に出血したことがありますか [ ] はい　[ ] いいえ

10．ピル（避妊薬）を服用していますか [ ] はい　[ ] 以前服用　[ ] 服用経験なし

11．更年期のホルモン補充療法の経験はありますか [ ] はい　[ ] いいえ

12．妊娠出産について

|  |  |
| --- | --- |
| 1）初産年齢 | ( )歳 |
| 2）妊娠・出産回数 | 妊娠総数( )回　出産総数( )回　流産( )回　人工中絶( )回 |
| 3）現在授乳していますか　　　　　　　　　　[ ] はい　[ ] いいえ |

13．乳房について

1. 最近乳首や周囲がただれることがありますか [ ] はい　[ ] いいえ
2. 乳首から分泌物はでますか [ ] はい　[ ] いいえ
3. 授乳の経験はありますか [ ] はい　[ ] いいえ
4. しこりが触れますか [ ] はい　[ ] いいえ

しこりは痛みを伴いますか [ ] はい　[ ] いいえ

しこりは触れると動きますか [ ] はい　[ ] いいえ

1. くぼみはありますか [ ] はい　[ ] いいえ
2. 月経中に乳房に違和感がありますか [ ] はい　[ ] いいえ

以上で問診は終わりです。ご協力ありがとうございました。