★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 | 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。