

ラジオロジークリニック扇町ドック申込書

ふりがな			
名前			
ふりがな			
住所	〒		
生年月日	(大・昭・平)	年	月 日 (才)
性別	男 ・ 女	身長	cm 体重 kg
自宅	()	携帯	()
ドック	検査項目に○をご記入ください		
	ベーシック脳ドック ・ スペシャル脳ドック ・ 2人ペアスペシャル脳ドック ものわすれドック ・ 肝臓、胆のう、膵臓ドック ・ 前立腺MRIドック CT肺がんドック ・ 大腸がんドック (大腸3DCT) レディースドックA (骨盤部MRI) レディースドックB (乳腺エコーのみ) レディースドックC (マンモグラフィのみ) レディースドックD (乳腺エコー+マンモグラフィ) プレミアムレディースドック (乳房MRI+乳腺エコー+マンモグラフィ)		
オプション	一般採血検査・腫瘍マーカー(男性・女性)・ ()		
検査日	平成	年	月 日 () AM : ・ PM :

*ご登録いただきました個人情報、プライバシーポリシーに従い、厳重に管理いたします。
 後日あなたの住所やメールアドレス宛てに資料の送付やご案内通知をさせていただきたいと存じます。
 もし、ご同意いただけない場合、下記にチェックをお願いいたします。

同意しない

アンケート

当院を受診されるきっかけは何ですか？

- インターネット
 知人の紹介
 他院からの紹介
 以前他の検査で来院
 雑誌
 その他 ()

★医療機器は、高性能で精密な為、メンテナンスには万全を期しておりますが、安全性が保証できない時は、検査を中止させていただくことが有ります。あらかじめご了承ください。

ラジオロジークリニック扇町 2017

ラジオロジークリニック扇町ドック問診表

ID.

氏名:

様

1.現在までに、下記の病気にかかったことはありますか？あるものに大きく○をつけてください

- ①特になし () ②肝臓病 () ③胆石 () ④高血圧 () ⑤痛風・高尿酸血症 () ⑥尿路結石 () ⑦糖尿病 () ⑧高脂血症 () ⑨肺結核 () ⑩心臓病 () ⑪貧血 () ⑫喘息 () ⑬胃腸の病気 () ⑭痔 () ⑮感染症 () ⑯その他 ()

2.次のような症状があれば○をつけてください

胸やけ・嘔気・咳・痰・頭痛・めまい・腹痛・腰痛・排便が不規則・下痢・便に血が混じる・
便が黒い・その他の気になる症状 ()

3.生活歴について タバコ：吸わない ・ 吸う (1日平均 本、約 年間、 年前禁煙)
アルコール：飲まない ・ 飲む (1週間に 日、1日：)

4.家族歴について

高血圧： () 心臓病： () クモ膜下出血 ()
糖尿病： () がん： ()

5.心臓ペースメーカーを装着されていますか？ (はい ・ いいえ)

6.人工内耳を装着されていますか？ (はい ・ いいえ)

7.女性の方のみ

妊娠中または、妊娠の可能性がありますか？ はい ・ いいえ ・ 不明
最後の生理はいつですか？ (生理中 日め・ 月 日～ 月 日・閉経)

8.前立腺 MRI ドックの方のみ

- ①夜中2回以上トイレに起きる ②尿の出が悪い (少しずつしかでない)
③血尿が出る ④背中が痛む

*前立腺ドックの方は、検査30分前からトイレに行かないでください。

9.ものわすれドックの方のみ

- ①胃・腸の手術をされたことがある (はい ・ いいえ)
②腸炎・クローン病と診断されたことがある (はい ・ いいえ)
③頭部外傷がある (はい ・ いいえ)
④歩行障害がある (はい ・ いいえ)
⑤トイレが近い (小用) (はい ・ いいえ)

(ご注意) 問診の結果、検査を受けることが出来ないことがあります。ご了承ください。

Dr. 記入欄：