

ラジオロジック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。

ラジオロジッククリニック扇町 2017

ラジオロジッククリニック扇町ドック問診票

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

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：

MRIドック問診・同意書

ID _____
_____ 様

□安全に検査を受けていただくために、以下の質問に必ずお答えください。

- 有 無 以前、MRI 検査をされたことがありますか？
- 有 無 補聴器
- 有 無 つめもの以外の義歯（入れ歯、差し歯、インプラント等）
有→（はずせる ・ はずせない ・ マグネット素材）
- 有 無 手術を受けたことがある（手術名 _____）
- 有 無 歯以外の体内金属
有→（いつ？ _____）（どこに？ _____）
- 有 無 心臓ペースメーカー、人工内耳
- 有 無 義足、義肢
- 有 無 刺青（永久的なアイライン・アイブローも含む）
- 有 無 金属研磨作業等、金属粉に接する職業経験
- 有 無 長時間、寝たままでいることが困難
- 有 無 閉所恐怖症
- 有 無 てんかん
- 有 無 コンタクトレンズ（検査前にはずして頂きます）
- 有 無 C型・B型肝炎、梅毒、その他の感染症

□女性の方へ

最終月経開始日 _____ 月 _____ 日 または 閉経
有 無 妊娠の可能性

以下のものは検査室に持ち込めません。はずせない場合は必ず検査前に申し出てください。

補聴器、コンタクトレンズ、磁気カード、鍵、財布、携帯電話、めがね、時計、指輪
ネックレス、ブレスレット、ピアス、イヤリング、ヘアピン、かつら、ウィッグ、カイロ
エレキバン、貼り薬、ブラジャー、コルセット、マスカラ、アイシャドー、ネイルアート

同意書

□刺青における発熱・変色の可能性について説明を受け、理解しました。

□コンタクトレンズ装着した場合の危険性について説明を受け、理解しました。

検査について十分な説明を受けましたので検査実施に同意します。また、万一緊急の必要が生じた場合には処置をうけることについても同意します。

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 患者氏名 _____

説明者 _____ 医師 _____

MRI ドックを受けられる皆様へ

MRI 検査は、強力な磁石を利用して体の中を画像化する検査です。

安全に検査するために、以下のものは更衣室で外していただいております。

補聴器・コンタクトレンズ（使い捨ても含む）・磁気カード・鍵・財布・
携帯電話・指輪・ネックレス・時計・イヤリング・プレスレット・
ピアス等の装飾品・ヘアピン・かつら・ウィッグ・カイロ・エレキバン・
貼り薬・ブラジャー・コルセット・マスカラ・アイシャドー

- 手術歴・体内金属・刺青（アートメイクを含む）・妊娠中や、可能性のある方は先にお申し出ください。
- コンタクトレンズをご使用の方は出来ましたら、眼鏡でお越しいただくか、保存容器をご持参ください。
- 心臓ペースメーカー・人工内耳・マグネット入れ歯・脳動脈クリップの方は、MRI 検査が可能かどうか、手術を受けられた病院にお問い合わせください。
- 美容外科などで異物を挿入されている方は、安全性が確認できない場合、検査ができないことがあります。

※問診の結果、MRI 検査ができないことがあります。

また、MRI 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、安全性が保障出来ない時は検査を中止させていただくことがあります。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

TEL06-6311-7500 FAX06-6311-7510