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			
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	検査項目に〇をご記入ください		
	ベーシック脳ドック（１人 or ２人ペア）・スペシャル脳ドック（１人 or ２人ペア） ものわすれドック　・　肝臓、胆のう、膵臓ドック　・　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	腫瘍ﾏｰｶｰ・胃 ABC・血液検査（ ① or ② ）・ｱﾐﾉｲﾝﾃﾞｯｸｽ・（　　）		
検査日	令和　　年　　月　　日（　　）AM　　：　　・PM　　：		

＊ご登録いただきました個人情報は、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、資料の送付やご案内の DM 等を郵送させて頂く可能性がございます。
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（　　様）　□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 2019.10

ラジオロジー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.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：