

# 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			
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 (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 ) ・ ｱｼﾞｲﾃﾞｯｸｽ ・ ( )		
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 ( ) 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.当てはまる方に○をつけてください

- 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：