

ふりがな

お名前 _____ 様 生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 歳
ご住所 〒 _____ ご職業 _____

電話番号 _____ 携帯電話 _____ ★検査日の事前連絡 要・不要

★内視鏡検査前の不安・緊張 強・中・弱

当院を選ばれた理由をお聞かせ下さい。

インターネット (Yahoo!・Google, 検索キーワード _____)
新聞・雑誌・TV・ラジオ・ご紹介者 _____ 様

●どのようなことでお困りですか？

- のど～胸のつかえ・違和感 胸やけ 逆流性食道炎 胃痛 胃の不快感、膨満感
 吐き気、嘔吐 ピロリ菌が気になる 胃ポリープ 胃潰瘍、十二指腸潰瘍
 食道がん・胃がんが気になる
 便に血が混ざる 便潜血テストで陽性 便秘 下痢 腹部の痛み
 腹部膨満感 大腸ポリープ 大腸がんが気になる

その他、お困りのこと、具体的な症状をお書き下さい。

(_____)
ご希望の検査に☑をお入れ下さい (下記の検査は全て一日で終了します。検査はすべて自費診療となります。)

<内視鏡検査>

同日検査=下記の‘胃内視鏡検査’及び‘大腸内視鏡検査’ (二つの検査が同じ日に受けられます)

高画質‘胃内視鏡’による検査

- NBI(Narrow Band Imaging)特殊光診断による咽頭・喉頭癌、食道癌、胃癌検診
- 感染対策への徹底=処置 (病理診断に提出する組織採取) には全て新品の使い捨て器具を使用

ハイビジョン‘大腸拡大内視鏡’による単独検査

- NBI を用い特殊光診断による平坦・陥凹型早期癌の発見
- ハイビジョン内視鏡を用いて高画質・高解像度の画像から確実な診断
- 拡大内視鏡により 100 倍拡大ズーム機能でポリープの良性・悪性 (がん) を確実に診断
- 一回の内視鏡検査でポリープを診断、治療、内視鏡手術まで全てを完了
- 発見されたポリープまたは早期がんを全て切除 (クリーンコロン)
- ポリープ切除後の潰瘍面に対する完全縫合術施行 (20mm 以上の大きなポリープ切除後潰瘍面については院長考案の特許取得器具、8-ring を使用しての完全縫合術施行)
- 感染対策への徹底=手術・処置 (切除から縫合まで) には全て新品の使い捨て器具を使用

<院内におけるその他の検査> (別途費用がかかります。下記の検査も内視鏡検査と同じ日に受けられます。)

血液検査: ピロリ菌・ペプシノーゲン検査 (胃癌のリスクを調べる検査)

血液検査: 腫瘍マーカーによるがん検診 (胃癌、大腸癌、肺癌、乳癌、肝臓癌、卵巣癌、前立腺癌など)

超音波検査によるがん検診: 甲状腺、腹部 (肝臓・胆嚢、脾臓、腎臓、すい臓)、前立腺

心電図: 不整脈、狭心症、心筋梗塞などの心臓疾患検査

頸動脈超音波: 頸動脈の動脈硬化やその程度を検査

動脈硬化検査: 血管年齢測定、高脂血症の投薬判断、心臓・脳疾患の予防検査

生活習慣病健診: 内臓脂肪計測より生活習慣病 (糖尿病・心筋梗塞・高血圧など) の予防検査

骨密度測定: 骨粗鬆症・骨年齢測定

<他医療機関によるその他の検査> (医療連携施設のご紹介)MRI,CT による検診となるので痛みは全くありません。

男性のためのがん検診: 肺がん、前立腺がん、肝臓・胆のう・膵臓がんなどの検診

女性のためのがん検診: 乳がん、子宮頸部・体部がん、卵巣がんなどの検診

心臓ドック: 狭心症や心筋梗塞などの検診

脳ドック: 脳腫瘍、脳梗塞、脳動脈瘤などの検診

全身がん検診: PET-CT による全身がん検診

‘胃内視鏡検査’をご希望の方はご記入下さい

●飲酒・喫煙は食道がんとの関連があります。(該当する数字に○をつけて下さい)

1. お酒について

お酒を (1. 飲まない 2. 一週間に1回以上飲む 3. ほぼ毎晩飲む)

※飲酒後、すぐに顔が真っ赤になることがありますか? はい・いいえ

2. タバコについて

タバコを (1. 吸わない 2. 吸っていたがやめた 3. 吸っている)

※上記2で、2・3を選択された方は、下記の期間、本数についてご記入ください

吸っていた期間 (歳 ~ 歳まで、 1日 約 本)

●ピロリ菌は胃がんとの関連があります。

1. 胃内視鏡検査は初めてですか? はい・いいえ (今回で 回目)

2. ピロリ菌の検査をしたことがありますか? はい・いいえ (今回で 回目)

3. ピロリ菌検査結果が陽性の方 (ピロリ菌がいると言われた方) はお答え下さい。

(除菌をした・除菌はしていない・不明)

※除菌をした方はお答えください

いつ頃ですか? (歳頃)、除菌に (成功した・成功しなかった・不明)

‘大腸内視鏡検査’をご希望の方はご記入下さい

●大腸のポリープは大腸がんとの関連があります。

1. 大腸内視鏡検査は初めてですか? はい・いいえ (今回で 回目)

2. 大腸ポリープを指摘されたことはありますか? はい・いいえ

3. これまで指摘された大腸ポリープの数はお分かりですか?

(1~2個 ・ 3~5個 ・ 6個以上 ・ 不明)

●血液を固まりにくくする薬を服用中ですか? (はい・いいえ・不明)

バファリン・パナルジン・ワーファリン・バイアスピリン・エパデール・ペルサンチン
オパルモン・アンプラーグ・プレタール その他 ()

上記以外に現在服用中のお薬を全てお書き下さい。

[]

●歯の治療、内視鏡検査のときに麻酔薬で気分が悪くなられたことはありますか? (はい・いいえ・不明)

はいとお答えの方は症状をお書き下さい。

()

●薬のアレルギーはありますか? (はい・いいえ・不明)

薬品名 ()

●ヨードのアレルギーはありますか? (はい・いいえ・不明)

●以下の病気のある方は○をつけて下さい。

高血圧・低血圧・狭心症・心筋梗塞・不整脈・脳梗塞・前立腺肥大・緑内障・肝炎・糖尿病・喘息

●その他に現在治療中の病気がありましたらお書き下さい。 (眼圧: 右 ・ 左)

[]

●今まで手術をうけられたことはありますか? (はい・いいえ)

はいとお答えの方は下記にお答え下さい。

病名: 治療内容: 年齢: 医療機関:

●がんと診断されたことはありますか? (はい・いいえ)

はいとお答えの方は下記にお答え下さい。

病名: 治療内容: 年齢: 医療機関:

●親族の方のがんと診断されたことのある方はお書き下さい。

続柄: 病名:

ご協力有難う御座いました。ご記入が終わられましたら、受付までお出し下さい。