



ピロリ菌ドック問診票及び同意書

下記の項目について、当てはまるものに○をつけて下さい。

- () 胃痛※ () 胃もたれ※
() 胸やけ※ () 吐き気・嘔吐※
() 食欲低下※
() 親族に癌や胃腸の病気の方がいる 病名 _____
() 熱中しやすい () イライラしやすい
() お酒をよく飲む () タバコを吸う
() 今は禁煙したが、長年タバコを吸っていた

※ 該当の方は保険診療となりドックは対象外となります。

以下の場合は正しい結果が得られない可能性があります。当てはまるものに○をつけて下さい。

- ・ 胃酸分泌抑制剤(特にプロトンポンプ)を服用中、若しくは2ヶ月以内に服用していた方
- ・ 胃を切除した方
- ・ 腎不全の方
- ・ 過去にピロリ菌の除菌治療を受けたことがある方

* ピロリ菌ドックでは、採血検査を実施いたします。採血検査を受けられる前に以下の注意事項をお読みください。

＜採血検査を受けられる方への注意事項＞

- ・ 採血後は針を刺した所を約5分間よく押さえて下さい。
血液を止まりにくくする薬(ワーファリン・アスピリン)を服薬されている方は約10分間しっかり押さえて下さい。
- ・ 押さえが足りなかったり、もんだりしてしまうと針を刺した所が内出血してしまうことがあります。内出血すると青あざになることがあります。ほとんどの場合は特別な治療をしなくても数週間以内に治ります。
- ・ 採血中に気分が悪くなったり、我慢できない痛みを感じたり、採血後に手の指先の痛み、手のしびれ感が残ることもあります。そのような場合はスタッフにお申し出下さい。

* 上記注意事項をご確認のうえ、宜しければご署名をお願い致します。

私は、上記注意事項を確認のうえ、ピロリ菌ドックを受診することに同意します。

_____年_____月_____日 ご署名 _____



医療法人社団 KNI

北原ライフサポートクリニック

KITAHARA LIFE SUPPORT CLINIC

ピロリ菌・胃がんリスクドック

- 登録に必要な項目ですので全ての欄にご記入をお願い致します。
以前、以下枠内の施設を受診されたことがある場合は○印で囲んで下さい。

北原ライフサポートクリニック ・ 北原国際病院 ・ 北原RDクリニック

フリガナ

氏 名 : _____

性 別 : 男 ・ 女

生 年 月 日 : 明・大・昭・平 _____年 _____月 _____日

電 話 番 号 : _____ (_____)

住 所 : 〒 _____

都 道
府 県

区 市
郡 村

町 区

- ピロリ菌ドックをどのようにお知りになりましたか？（○で囲んでください）
 - ・ 以前受けた事がある
 - ・ 当院ホームページ
 - ・ インターネット（検索ワード： _____）
 - ・ 知人からの紹介
 - ・ 外来受診の際
 - ・ その他（ _____ ）

- 検査結果の確認方法についてご希望の形態をお選び下さい。 ※必須※

- 携帯電話・パソコン等でサイトへアクセスして結果を確認する。
- 上記の住所宛に紙の結果表を郵送希望。

※別途郵送料 100 円（税抜き）頂きます。



医療法人社団 KNI

北原ライフサポートクリニック

KITAHARA LIFE SUPPORT CLINIC