

大腸 CT ドック問診票

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ID _____ 氏名 _____

大腸 CT ドック希望の方は、下記の質問にお答えください。

1. 現在、治療中の病気はありますか?

いいえ はい 病名 (_____)

飲んでいる薬 (_____)

次のお薬を飲んでいますか? 血液サラサラ 血圧の薬 糖尿病の薬

2. 今までにかかったことのある病気を教えて下さい。

いいえ 緑内障 不整脈 前立腺肥大

糖尿病 腎臓病 胃潰瘍など 大腸ポリープ

がん (_____) 腹部手術 妊娠 (帝王切開 あり・なし)

その他 (_____)

3. 今までに薬や食べ物でアレルギー (蕁麻疹) がでたことはありますか?

いいえ はい 薬や食材の名前 (_____)

4. 嗜好品についてお伺いします。

タバコ 吸わない ~10本 ~20本 ~40本 40本~

酒 飲まない 月1回 週1回 週3-4回 毎日

5. 排便についてお伺いします。

1日1回以上 2-3日に1回 4-7日に1回 1週間に1回未満 下剤を飲んでいる

6. ご家族・ご親戚にがんの方はいらっしゃいますか?

いいえ はい がんの方 _____ 種類 _____ / がんの方 _____ 種類 _____

がんの方 _____ 種類 _____ / がんの方 _____ 種類 _____

7. 結果について

診察希望 郵送希望



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