

() 歳) さまへ。 カルテ NO: (午前検査)

検査は 月 日 時からです。多少、時間の前後がございまして、余裕を持って御来院ください。

胃の検査前日の夕食は、10時までにお済ませください。 多少の飲水は、それ以降も構いません。

胃カメラ検査を受ける方は、自転車・車での来院の場合 帰宅時危ないので麻酔はできません

検査当日の朝は、絶飲食でお願いします 血圧・心臓の薬を内服している方は飲んで来ててください。
糖尿の薬を内服している方は飲まないでください。服薬の為の飲水は構いません

検査の内容 特定健診 会社健診 35・38歳健診 健康診断

CT (胸部・腹部 腹部CTの方は朝食抜きでお願いします) 胸部レントゲン・心電図・骨塩検査
胃のバリウム・胃カメラ・大腸検査・検便・トレッドミル負荷心電図 (運動しやすい服装、運動靴持参)
糖尿病負荷試験 (検査当日の朝は絶飲食で 起床時の排尿以降は膀胱に尿をためて来て下さい。)
がん検診 (肺がん (胸部レントゲン・喀痰) 胃がん(バリウム) 大腸がん(検便) 骨粗鬆症)

検査を受けていただく前に、記入のご協力をお願いします。

最近の症状は? なし・あり (どのような症状ですか?) _____

ほかの病院: 診療所で治療をお受けの方は、病名や治療の内容を教えてください。

なし 内科 外科 眼科 耳鼻科 整形 婦人科 皮膚科 泌尿科 脳外科 ほか ()

ご病気の名前 ()

今までのご病気を、順番に詳しく記入して下さい。

_____ 歳	_____ 歳
_____ 歳	_____ 歳
_____ 歳	_____ 歳

次のようなご病気の方が (家族、血縁の方) におられますか?

なし がん () 高血圧 心臓病 糖尿病 肝臓病 喘息 結核 ほか ()
どなたが? () () () () () () () ()

くすりのアレルギーが出たことがありますか? なし ・ あり ()

ほかのアレルギーはありますか? なし ・ あり ()

アルコールは? 飲まない 飲む () を () ml/日

タバコは? 吸わない ・ 今は禁煙中いつから () 年前から
吸う () 本/日 () 年前から

運動習慣は? なし ・ あり () を () 時間/週

胃カメラ・胃のバリウム検査を受ける方へ、緑内障・心臓病・前立腺肥大 はありますか?

胃のバリウム検査を受ける方へ、便秘を起こしやすいですか? (はい ()) ・ いいえ

ほかに気になることがありましたら、ご記入ください。