

北青山D.CLINIC 問診票

今回の受診の目的、動機、ご相談内容、症状などをお知らせください。

基本情報

お名前					
必須	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">お名前（フリガナ）</td> <td></td> </tr> <tr> <td>お名前（漢字）</td> <td></td> </tr> </table>	お名前（フリガナ）		お名前（漢字）	
お名前（フリガナ）					
お名前（漢字）					
必須	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">性別</td> <td style="text-align: center;">男 女</td> </tr> </table>	性別	男 女		
性別	男 女				
必須	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">生年月日（西暦）</td> <td style="text-align: center;">年 月 日生</td> </tr> </table>	生年月日（西暦）	年 月 日生		
生年月日（西暦）	年 月 日生				
ご自宅住所					
必須	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">ご自宅 郵便番号</td> <td style="text-align: center;">□ □ □ - □ □ □ □</td> </tr> </table>	ご自宅 郵便番号	□ □ □ - □ □ □ □		
ご自宅 郵便番号	□ □ □ - □ □ □ □				
必須	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">ご自宅住所1（都道府県、市町村）</td> <td style="text-align: center;">都・県 市・区・町・村</td> </tr> </table>	ご自宅住所1（都道府県、市町村）	都・県 市・区・町・村		
ご自宅住所1（都道府県、市町村）	都・県 市・区・町・村				
必須	ご自宅住所2（丁目、番地など）				
連絡先					
必須	電話番号①※クリニック受付時間内（月～土9:30～18:00）に連絡可能な連絡先をご記入下さい。				
任意	電話番号②				
必須	メールアドレス @				
必須	ご希望連絡先必須 □上記① □上記② □メールアドレス				

緊急連絡先

任意	お名前	
	続柄	
	連絡先	

アンケート

当クリニックを何でお知りになりましたか？

□家族・親戚の紹介	□友人・知人の紹介	□当院スタッフの紹介	□当院ホームページ
□雑誌	□新聞	□テレビ	□その他（ ）

ご紹介者名、媒体名をご記入ください。

--

問診シート

必須	身長		cm
必須	体重		kg

1.過去にかかった大きな病気・感染症、受けた手術、現在治療中の病気があればお知らせ下さい。

必須 1-1.病歴について ある ない

ある場合、以下にご記入ください。(ある場合は必須)

以下の病歴に当てはまる場合は、してください。

- 心臓病 (病名: _____)
前立腺肥大 脳梗塞 緑内障 糖尿病 高血圧

その他の病歴

①	病名・手術名			
	現在治療中ですか?	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	発症時期		年	月
	治療法			
②	病名・手術名			
	現在治療中ですか?	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	発症時期		年	月
	治療法			

必須 1-2.感染症について ある ない

ある場合、以下にご記入ください。(ある場合：必須)

- B型肝炎 C型肝炎 梅毒 HIV
 その他

必須 2.常用している薬はありますか? ある ない

ある場合、以下にご記入ください。(ある場合：必須)

薬名	
----	--

必須 3.薬や食べ物にアレルギーはありますか? ある ない

ある場合、以下にご記入ください。(ある場合：必須)

アレルギーを起こすもの	
-------------	--

必須 4.喘息はないですか? ある ない

必須 5.日常生活を支障なく送れていますか? はい いいえ

いいえの場合、以下にご記入ください。(いいえの場合：必須)

具体的に問題点を教えてください。	
------------------	--

必須 6.お酒は飲みますか? 飲む 飲まない

お酒を飲まれる場合、以下にご記入ください。(飲まれる方：必須)

何を	
一日どのくらいの量	
週に何日	週に _____ 日

必須 7.煙草を吸いますか? 吸う 吸わない

煙草を吸われる場合、以下にご記入ください。(喫煙者の方：必須)

一日に吸う本数		本
喫煙期間		年

女性 必須 1.現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか?

- 妊娠中 (妊娠週数 _____ 週) 可能性あり なし

2.現在授乳中ですか? はい いいえ

ID/お名前		記入日： 年 月 日
--------	--	------------

北青山D.CLINIC 問診票
(リキッドバイオプシー検査)

リキッドバイオプシーで受診される方は下記をご記入下さい。

1. 受診科目のご希望が決まっていれば、お知らせください。

- RNAドック**
(採血のみで、男性13種、女性14種のがん細胞の発生を検出するドック)

- 主要疾患発症リスク SNP検査**
(唾液検査で主要疾患(がん、認知症、動脈硬化など)に先天的になりやすい体質かを検査)

- 発がんリスク遺伝子ドック**
(採血のみで、がんになりやすい体質かどうか、がんになるリスクがあるかを評価)

- がん早期発見遺伝子ドック**
(採血のみで、消化器がん、膵臓がん、乳がんなど、がんが実際に発生している可能性を評価)

- 全腫瘍マーカー**

- DNAリキッドバイオプシー**
(進行固形がん(ステージ3~4)に罹患していて、有効な治療薬の情報、治療効果の判定を希望される方)

- その他**