

アミノインデックス®がんリスクスクリーニング 問 診 票

※事前に「アミノインデックス®がんリスクスクリーニングを受診される方へ」をよくお読みください

注意事項

前日：食事は検査開始 8 時間前までにお済ませください。アミノ酸のサプリメント、スポーツ飲料、牛乳、ジュースなどもお控えください。

当日：検査終了までアメやガム等もお控えください。水以外の水分は摂らないでください。朝の運動は控えてください。

予約日： _____ 月 _____ 日 () _____ 時

氏名	_____	生年月日	_____年 _____月 _____日
性別	男 ・ 女	年齢	_____歳 (対象：男性 40-90 歳 女性 25-90 歳)

御連絡先(携帯) _____ (ご自宅) _____

- ① 現在治療中の病気はありますか？ はい ・ いいえ
病名・症状 _____
- ② 現在服用中の薬はありますか？ はい ・ いいえ
薬剤名 _____
- ③ 現在服用中のサプリメントはありますか？ はい ・ いいえ
商品名 _____
- ④ 検査 8 時間以内に食事をしましたか？ はい ・ いいえ
(アメやガム、牛乳やスポーツ飲料、お茶や清涼飲料水も禁止です)
- ⑤ 来院時間(予定)は午後ですか？ はい ・ いいえ
- ⑥ 妊娠はしていますか？(男性はいいえに○してください) はい ・ いいえ
- ⑦ 授乳中ですか？(男性はいいえに○してください) はい ・ いいえ
- ⑧ がんの治療中や、治療した後・切除後ですか？ はい ・ いいえ
- ⑨ 先天性代謝異常と診断されたことがありますか？ はい ・ いいえ
(有機酸代謝異常症、メチルマロン酸尿症、プロピオン酸血症、アミノ酸代謝異常症、フェニルケトン尿症、メーブルシロップ尿症(楓糖尿症)、ホモシスチン尿症、シスチン尿症、糖代謝異常症、ライソゾーム病、ゴーシェ病、ムコ多糖症、ガラクトース血症など)
- ⑩ 血液透析または腹膜透析を受けたことがありますか？ はい ・ いいえ