

<②問診票>

アミノインデックスキャンサースクリーニング(AICS)検査問診票

※この問診票は、ご記入の上、検査当日に必ずお持ちいただき、受付時にご提出ください

記入年月日	平成 年 月 日	検査年月日	平成 年 月 日
フリガナ			性別
氏名			男・女
生年月日	T・S・H 年 月 日生	満	歳

ご記入いただきました個人情報、当クリニックにおいて必要な範囲で使用いたします。なお、取扱いに際しては細心の注意をもって管理いたします。

妊娠されている方、がん治療中や治療後の方は
正確な値が出ないため検査の対象となりません。

- ① 現在、治療中の病気などがありますか？ (はい ・ いいえ)
はい、とお答えの方
病名または症状 _____
- ② 現在、服用している薬はありますか？ (はい ・ いいえ)
はい、とお答えの方
薬剤名 _____
- ③ 食事後8時間以上経っていますか？ (はい ・ いいえ)
- ④ 前日のアミノ酸製剤やサプリメントの服用はありませんか？ (はい ・ いいえ)
- ⑤ 前日に牛乳、ジュース類は飲んでいませんか？ (はい ・ いいえ)
- ⑥ 妊娠はしていませんか？ (はい ・ いいえ)
- ⑦ がんの治療中、治療後ではありませんか？ (はい ・ いいえ)