

アミノインデックスがんスクリーニング検査(AICS)問診票

*この問診票にご記入の上、受付にご提出ください

フリガナ		生年月日
氏名	(男・女)	大・昭・平 年 月 日 (満 歳)
住所	〒 ー 日中連絡先：() ー	

妊娠されている方、授乳中の方、がん治療中や治療後の方、先天性代謝異常の方、透析患者の方は正確な数値が出ないため検査の対象となりません。

★がんによって年齢により評価対象となりますのでご注意ください。

対象がん	対象年齢
胃がん、肺がん、大腸がん、膵臓がん、乳がん	25歳～90歳
前立腺がん	40歳～90歳
子宮がん・卵巣がん	20歳～80歳

★注意事項★

1. ご用意いただくもの・・・この検査は自費診療となりますので、保険証のご提示は不要です。
2. 食事について・・・検査前**8時間以上**は、**水を除いて絶飲食**です。食事、ガム、飴、牛乳、ジュース、コーヒー、スポーツドリンク、サプリメント(アミノ酸やプロテイン)などは摂らないでください。**普段お薬を飲んでいる方は採血後に服用**してください。

★下記のご質問に「はい」または「いいえ」でお答えください。

食事後、8時間以上は水を除いて絶飲食ですか？	はい	いいえ
現在、服用しているお薬はありますか？ 「はい」とお答えの場合、病名・薬剤名をご記入ください： ()	はい	いいえ
先天性代謝異常と言われたことはありますか？	はい	いいえ
透析治療を受けたことはありますか？	はい	いいえ
がんの既往歴がある方のみお答えください 治療終了後、1年以上経過していますか？	はい	いいえ
(女性のみ) 現在、妊娠中または授乳中ですか？	はい	いいえ

担当看護師	担当医師	
-------	------	--