

アミノインデックス®がんリスクスクリーニング (AICS®) 問診票

予約日	年 月 日		
検査日	年 月 日		
ふりがな 氏名		性別	男・女 (どちらかに○)
生年月日	年 月 日	年齢	歳

- ・この問診票は、医師などの関係者以外には外部秘として扱われます。
- ・記入の上、検査前に提出してください。

以下の項目すべてにチェックをしてください。

● 事前 (予約時) に確認すること

① 現在、がんの治療中ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
② 現在、透析を受けていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
③ (女性に伺います)妊娠中ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
④ (女性に伺います)現在、授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑤ 現在、使用しているサプリメントはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑥ 治療中の病気はありますか？ (病名)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑦ 現在、服用している薬はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑧ がんの治療歴はありますか？ (部位) (術後期間 年)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑨ 両親、祖父母や兄弟の中でがんにかかった方はいますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

● 検査当日に確認すること

⑩ 検査前8時間以内に水以外のもの (食事、サプリメント、お茶、 コーヒーなど) を摂取しましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑪ 前日の夕食で肉、魚などのタンパク質を大量に摂取しましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑫ 検査当日に激しい運動をしましたか？ (通常の歩行程度は問題がありません)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ