

問診票

この検査を受けられるにあたり、正確にかつ安心してお受け頂くためのものです
あなたの状態についてお答えください

A) お薬などについて

この検査に影響を及ぼすお薬がわかっています

以下のお薬を内服あるいは注射にて投与されておられる方はお申し出ください

- ① 副腎皮質ホルモン（吸入ステロイド剤を除く）
- ② インターフェロン製剤
- ③ 免疫グロブリン製剤
- ④ 生物学的製剤（インフリキシマブ：商品名レミケイド）など
- ⑤ ワクチン（接種1週間以内・コロナワクチン3週間以内）

B) これまでに罹患した（かかった）あなたの病気について

この検査では消化器がん（胃・大腸・膵臓・胆道）の有無を判定できますが、あなたのこれまでに経験した病気によっては検査結果が正しく判定されない場合がありますので、あらかじめご承知おきください

また、場合によっては検査をお勧めしない場合もございます

- ① 現在、がんと診断されている（部位は不問）
- ② 現在、がんの治療を受けている
- ③ 過去にがんの治療を受けたことがある（ある場合は何年前に受けられましたか？）
- ④ 自己免疫性疾患（潰瘍性大腸炎・全身性エリテマトーデス・自己免疫性肝炎・関節リウマチなど）と診断され、治療中の方
- ⑥ 大腸ポリープ・胃ポリープのある方、または切除して1～2年未満の方
- ⑦ B型肝炎ウイルス・C型肝炎ウイルスによる肝疾患と診断されている方
- ⑧ 肝嚢胞・腎嚢胞・胆嚢腺筋症と診断されている方

C) 妊娠、または妊娠している可能性のある方

該当する箇所がありましたら、申し出てください