

吹田徳洲会病院 人間ドック 予約書類リスト

吹田徳洲会医院 高级精密检查 预约材料目录

- 1、 健診注意事項説明書
 体检注意事项说明
- 2、 健診申込書
 体检申请表
- 3、 問診票
 问诊表
- 4、 MR検査問診票（希望者のみ、ご記入下さい）
 MR检查问诊表（仅限申请此项目人群填写）
- 5、 マンモグラフィー検査問診票（希望者のみ、ご記入下さい）
 钼靶检查问诊表（仅限申请此项目人群填写）

健診注意事項説明書をご確認頂いた上で、ご予約お願い致します。
请您阅读体检注意事项说明后再填写预约申请表等。



健診注意事項説明書

1、検査前後のお食事について

- ◆ ご希望の検査により、検査前と当日及び検査後に飲食の制限がある場合がございます。予めご了承ください。

2、当日お持ちいただくもの

- ◆ 健診案内書類
※但し、予約書類（申込書・問診票）は必ずご記入の上、ご予約時にご提出ください。
- ◆ 眼底・眼圧・MRI 検査がある方はコンタクトレンズを外して検査しますので、ケースをお持ちください。

3、大切なこと

- ◆ 各検査の書類を必ずご確認ください。
- ◆ 妊娠中及び妊娠の可能性のある方は放射線系、内視鏡の検査などが出来ません。予めご了承ください。
- ◆ 生理中は子宮がん検査が出来ません。予めご了承ください。
また、生理中は尿潜血が陽性になりますので、念のため、生理後に再度ご確認ください。
- ◆ 内視鏡検査について、ポリープの摘出は外来診療になるので、健診の形で出来ません。予めご了承ください。
生検は可能です。但し、リスクを避けるために、生検後、大阪に1週間滞在と、飲食制限を守ることが必要です。また、生検分は別途料金になります。予めご了承ください。
- ◆ 胃カメラとPETCT 同日の場合、鎮静剤を使えません。
そこで、胃カメラは経口より嘔吐反射が少ない経鼻で検査します。
- ◆ MRI 検査が不適な方は、当日脳 CT に変更させていただきます。（差額なし）
- ◆ 血圧降下剤は食事制限中でも服用してください。
- ◆ お薬を服用中の方は、すべてのお薬の名前が確認できるものを必ずお持ちください。
- ◆ お車でお越しの方は駐車場をご利用下さい。
(検査項目によってはお車での来院を控えて頂くことがあります。)

4、注意点

- ◆ ご案内受付時間の通りにご来院下さい。
遅刻により、ある検査項目が出来なくなる可能性があります。ご注意ください。
- ◆ 受診当日の予約状況にもよりますが、検査内容により、他の健診者と検査の終了の順番が前後する場合がございます。また、検査の間に待ち時間があります。ご了承ください。
- ◆ 当院は全面禁煙ですので、病院内、敷地及び周辺で喫煙が出来ません。
- ◆ 当院の健診は完全予約制です。また、検査枠数が限定されているため、健診項目の追加・変更は、ご希望に添えない可能性があります。また、項目変更、お取り消しをされる場合、取消料が発生いたします。予めご了承ください。

体检注意事项说明书

1、关于检查前及当日饮食

- ◆ 根据您的体检项目需要，在检查前、检查当天、以及检查后会有饮食限制。请您悉知。

2、体检当日所持物品

- ◆ 汇款后本院所寄的体检材料。
※预约材料（申请表、问诊票）请您在预约时填好并发送给我院。
- ◆ 眼底、眼压、MRI 检查时，须摘下隐形眼镜，所以请携带隐形眼镜护理盒。

3、重要事项

- ◆ 请务必阅读各检查说明所记内容。
- ◆ 怀孕以及有怀孕可能的体检者，放射线相关的检查、内窥镜等检查的不能进行。请您悉知。
- ◆ 生理期时不能进行子宫癌检查。请您悉知。
另外，在生理期时尿潜血检查会呈阳性。慎重起见，请在生理期过后再确认。
- ◆ 关于内窥镜检查，由于息肉摘除为门诊诊疗范围，因此体检形式无法安排息肉摘除。
活检（活体组织检查）可以安排，但为了规避风险，需要活检后在大阪停留 1 周，并且需要遵守饮食限制。此外，活检费用还需另外计算。请您悉知。
- ◆ 胃镜与 PETCT 同日进行时、由于不能使用镇静剂，因此，胃镜由经鼻方式进行检查。（经鼻方式比经口方式呕吐反射小）
- ◆ 对于不适合核磁检查的体检者，届时将为您变更为 CT 检查。（CT 变更无差额）
- ◆ 即使有饮食限制，也可服用降压药物。
- ◆ 服药期间的体检者，须将所服药物的名单带来。
- ◆ 开车前来的体检者，可以使用本院停车场。
（如其中的体检项目对开车有影响，请勿开车前来体检。）

4、注意事项

- ◆ 请按体检指南安排的时间前来我院体检。
请注意，如迟到，可能会导致某项目不能检查或使检查等待时间有所延长。
- ◆ 检查当日的顺序是基于当日的预约状况。但体检完成时间会根据检查项目的不同，可能会比其他体检者提前或推后。另外，检查项目与项目间有等待时间。请您理解。
- ◆ 我院实施全面禁烟，医院内、停车场以及医院周边都不可吸烟。
- ◆ 本院体检为完全预约制。由于检查名额有限，所以如有更改或追加项目，有时可能会安排不了，请您谅解。另外，预约后取消或更改项目时，将会有取消费用产生。请您悉知。

人間ドック申込票
精密体检申请表

記入日
填写日 /

英語表示 英文(护照)		
お名前 姓名		性別 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日 生日	年 月 日	言語 语言
代理の方 代理方		
住所 住址	〒	
電話番号 / FAX 电话号码 / 传真		
Email		
健診コース 体检套餐	(コース名をご記入ください) (请填写具体套餐名称)	
滞在期間 日本逗留期间	年 月 日 ~ 年 月 日	
受診日 体检日期	第一希望 第一希望日： 月 日	第二希望 第二希望日： 月 日
医療通訳 医疗翻译	<input type="checkbox"/> 代理の方が手配 代理方手配	<input type="checkbox"/> 病院手配 医院安排
		結果レポート翻訳 结果报告翻译 <input type="checkbox"/> 要 需要 <input type="checkbox"/> 不要 不需要
PET-CTについて 关于PET-CT	糖尿病がありますか 是否有糖尿病	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 是 否
	血糖値は180mg/dl (10mmol/L) 以上ですか。 血糖值是否在180mg/dl (10mmol/L) 以上	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 是 否
脳MRIについて 关于脑部MRI检查	体内に金属を入っていますか (金属があるネイル、義歯、ステント、金属製避妊リングなど) 体内是否有植入金属(金属美甲、金属假牙、心脏支架、金属避孕环等)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 是 否
	入墨がありますか 是否有纹身	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 是 否
女性項目：		
妊娠について 关于怀孕可能	<input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 妊娠してない 怀孕中 未怀孕 <input type="checkbox"/> 現在妊娠してるかもしれないです 现在有怀孕的可能	
授乳について 关于哺乳	現在授乳しています。 现在是否是在哺乳中 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 是 否	
マンモグラフィーについて 关于钼靶检查	豊胸手術の既往がありますか 是否做过丰胸手术 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 是 否	ペースメーカーを装着されていますか 是否装有心脏起搏器 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 是 否
現在服用中の薬 现服用中的药物名		
アレルギー症状を起こす薬 过敏药物名		
既往歴 既往病史		

今回の健康診断は早期発見のために行うものです。もしそれ以外ならば、外来診療をお勧めします。

此次精密体检为早期发现-检查。如此次体检目的而非早期发现检查的话，请走外来门诊形式。



吹田徳洲会病院
国際医療支援室

TEL:06-6878-1110
FAX:06-6878-1260

問診票 问诊表

受診日
日 期 年 月 日

お名前
姓 名 _____ 様

生年月日
生 日 _____ 年 月 日

【1】 自覚症状はありますか
您是否有自觉症状？

特になし
 无

せきやたんがよく出る
经常咳嗽、有痰等

脈の乱れ
心律不齐

便秘と下痢を繰り返す
经常便秘、腹泻

便の色が黒っぽい
便呈黑色

顔・足がよくむくむ
脸、脚经常浮肿

排尿時痛みがある
排尿时有痛感

階段を昇るときの息切れ・動悸
上台阶时气喘、心悸

頭痛・めまい・ふらつき・耳鳴り
头痛、头晕、摇晃不稳、耳鸣

便に血が混じることがある
便中有血

のどがよく渇きお茶・お水を飲む
经常口渴并饮茶或水

夜何度もトイレに起きる _____ 回
夜间上数次厕所 _____ 回数

その他 _____
其他 _____

【2】 次の病気にかかったことがありますか
您是否得过以下病症。

なし
 无

心臓病
心脏病

脳卒中
脑中风

高血圧
高血压

糖尿病
糖尿病

腎臓病
肾病

貧血
贫血

肝臓病
肝病

高脂血症
高血脂症

胃・十二指腸潰瘍
胃、十二指肠溃疡

婦人科系疾患
妇科疾病

その他
其他 _____

【3】 現在内服・吸入・貼布している薬はありますか
您现在是否有内服药物、吸入药物、贴药贴？

いいえ
没有

はい
有

どんなお薬ですか
什么药物？ _____

【4】 手術を受けたことがありますか
您是否接受过手术？

いいえ
否

はい
是

年・病名
年・病名 _____

【5】 輸血されたことはありますか
您是否输过血？

いいえ
否

はい
是

年 月頃
年 月 _____

【6】 下記の中に親族 両親・兄弟・姉妹 がかかられた病気はありますか。例：心臓病 父
您的亲属 双亲、兄弟、姐妹 是否得过以下疾病？ 例：心脏病 父

心臓病 脳卒中 高血圧 糖尿病 結核
心脏病 () 脑中风 () 高血压 () 糖尿病 () 结核 ()

癌 どの癌ですか
癌 () 什么癌？ _____

【7】 たばこは吸いますか
您是否吸烟？

吸う 1日平均 本× 年数
 吸烟 1天平均 _____ 支× _____ 年数

吸わない やめた 年前
 不吸烟 已戒烟 _____ 年前

【8】 お酒は飲みますか
您是否饮酒

飲まない 飲めない
 不喝 不能喝

飲む 毎日 週1~4日
 喝 每天 每周1~4天

種類： 日本酒 焼酎 ビール 洋酒 その他
种类： 日本酒 烧酒 啤酒 洋酒 其他 _____

量： 1合未満 1~2合未満 2~3合未満 3合以上
量： 1合以下 1~2合 2~3合 3合以上

1合の目安： ビール 500ml・日本酒 180ml・焼酎 80ml
1合大致的量为：啤酒 500ml、日本酒 180ml、烧酒 80ml

【9】 1日30分以上の運動 歩行を含む
1天中是否有运动 30分钟以上。含步行

特にしていない 毎日 週2~4日 時々
 没有 每天 一周2~4天 不经常

【10】 女性の方にお聞きします。
关于女性体检者的问题。

生理中ですか はい いいえ
是否是生理期 是 否

妊娠中ですか はい いいえ わからない
现在是否怀孕 是 否 不知道

【11】 子宮がん・乳がん検査受診の方にお聞きします。
接受子宫、乳腺检查的体检者、请回答、以下问题。

最終生理 年 月 日より 日間 順 日型 / 不順 閉経 歳
最后一次生理期 _____ 年 _____ 月 _____ 日开始 _____ 天 正常周期 _____ / 不正常 闭经 _____ 岁

妊娠 分娩 妊娠 回 分娩 回 現在・妊娠中 週 分娩後 日目
怀孕 分娩 怀孕 _____ 次 分娩 _____ 次 现在・怀孕中 _____ 周 分娩后第 _____ 天

至MRI核磁共振检查的患者ID.No 姓名 检查日期 **●检查内容**

MRI 是利用外部磁场作用从各个角度对人体进行切片影像检查。
非放射线检查法。

检查时只需躺在MRI装置中即可。在检查过程中有机器噪音，比较嘈杂。
因此为您准备了耳麦，检查过程会为您播放音乐。

MRI检查并无疲劳，疼痛等感觉。另外，在检查过程中可以通过麦克风同技师交流，请放心。

●确认事项（重要！）

MRI 是将人体放入磁体中检查。为了您的安全，会不适宜进行检查的情况。
所以需要事先告诉医院工作人员。如果有不知道的情况时，请向主治医生或者
放射线科人员咨询。

★不适宜检查人群（不能进入摄影室）**①是否安装了心脏起搏器**

是 否

**★不适宜检查人群**

- ①体内有金属物植入的人
(骨折治疗的螺钉·钢板、金属避孕环等)
- ②永久刺纹眼线、纹身的人。
(由于有染料成分，会有发生低温烫伤的可能)
- ③使用器械进行金属研磨作业的人。
- ④幽闭恐惧症患者（在狭小空间内会发生恐慌症状的人）。
- ⑤有可能已经怀孕的人。
- ⑥头部或心脏手术过的人。

★摄影室内不能带入的物品

- 请将个人物品放入更衣室的储物柜中。工作人员为您准备了换穿的衣物。
 - ①贵金属（手表、戒指、项链、耳环、发夹等）
 - ②眼睛、助听器、义齿等
 - ③电话、银行卡、乘车券、诊疗卡等
 - ④带有金属附件的衣物（牛仔裤、文胸、高叉紧身衣、保暖内衣等）

**●检查前**

- 请勿使用可能还有铁成分的化妆品（亮片等），以及含金属成分的美甲。

MRI 检查问诊表 (检查后由医事课保管)

为了安全地进行MRI检查，所以需要您的信息。
请您回答以下问题。

检查日期	患者ID No.
患者姓名	
<input type="checkbox"/> 1. 心脏起搏器	<input type="checkbox"/> 11. 纹身
<input type="checkbox"/> 2. 人工耳蜗	<input type="checkbox"/> 12. 义齿 (磁铁式义齿需向工作人员说明) 种植牙 (请向主治医生确认其材质、 以及是否可做核磁检查)
<input type="checkbox"/> 3. V-P手术	<input type="checkbox"/> 13. 体内金属 (手术·事故·受伤·战争等)
<input type="checkbox"/> 4. 动脉瘤银夹结扎术	<input type="checkbox"/> 14. 幽闭恐惧症
<input type="checkbox"/> 5. 人工心脏瓣膜(机械瓣)	<input type="checkbox"/> 15. 怀孕期
<input type="checkbox"/> 6. 人工心脏瓣膜(生物组织瓣)	<input type="checkbox"/> 16. 眼睛外伤
<input type="checkbox"/> 7. 假眼	<input type="checkbox"/> 17. 从事金属加工工作
<input type="checkbox"/> 8. 彩色隐形眼镜	<input type="checkbox"/> 18. 使用含铁成分化妆品
<input type="checkbox"/> 9. 血管内支架	<input type="checkbox"/> 19. 其他, 手术履历
<input type="checkbox"/> 10. 人工骨头, 人工关节	

以上全无

有

※1~3的患者不能进行检查。

※4~19的患者须在下边的〔 〕内写入详细情况。
不能确认安全的情况下，不能进行检查。请谅解。

[]

平成 年 月 日

検査施行可

主治医生签名 _____

本人或代理人签名 _____

同患者的关系 _____



至乳腺钼靶X线摄影检查患者

ID.No

姓名

预约检查日期时间

●检查内容

乳腺钼靶是一种低剂量乳腺X光拍摄乳房的技术。
利用专用机器逐侧对乳房从横、斜等方向进行拍摄。
拍摄过程中需挤压乳房，在挤压时会伴有疼痛。
检查大约需要15分钟。

●确认事项（原则、不可检查）

- 怀孕或有怀孕可能的患者。
- 有过丰胸手术的患者。
- 装有心脏起搏器的患者。

符合以上情况的患者，请向主治医生说明。

●关于饮食限制·内服药物

- 无饮食及药物限制。同平时一样即可。

●注意事项

- 在生理期前胸部有涨感的患者，在检查时挤压乳房会使疼痛增加。所以建议在生理期过后的1周左右进行检查。
- 拍摄时需上半身裸身进行。请穿着容易脱穿的衣服。
- 止汗剂等喷雾会对拍摄图像有影像，请勿使用。
- 是否有被医师问过怀孕·丰胸手术·心脏起搏器的问题

**如有对检查不了解、或不安的事情，
请向医师或放射线技师咨询。**



乳腺钼靶X线摄影检查同意书

为了让您能够安全放心地进行检查，在检查前请务必确认以下项目，请确认以下是否有与您相符的说明事项。如无疑义，请签名以表同意。

- **怀孕或有可能怀孕的患者。**
使用X射线，可能会对胎儿有影像。
- **以往做过丰胸手术的患者。**
由于检查时需挤压胸部，内在填充物会发生变形、损坏等。也有可能影像病变处的显现结果。
- **安装心脏起搏器的患者。**
由于检查过程中会对心脏起搏器施加压力，可能会使起搏器发生破损、位移等，从而导致连接导线发生故障。

我完全明白主治医生的关于本次乳腺钼靶X线摄影的检查说明。
在此理解的基础上，我同意接受乳腺钼靶X线摄影检查
此外，在同意之后也可撤回。

平成 年 月 日

主治医生签字 _____

本人或者代理人签字 _____