

AICS（アミノインデックス®がんリスクスクリーニング） 問診票

氏名： _____ 性別： _____ 年齢： _____ 歳

受診日： _____

質問事項	回答欄	
1. 今日受けるAICS検査について、パンフレットなどを読んで十分ご理解いただけましたか。	いいえ	はい
2. 現在、お体に具合の悪いところがありますか。	はい (具体的に： _____)	いいえ
3. 現在、以下の項目で医師に指摘されている、もしくは治療中の病気はありませんか。 *1	はい (病名： _____)	はい
高血圧症 糖尿病 脂質異常症 高尿酸血症 慢性閉塞性動脈硬化症 呼吸器疾患 脳梗塞 前立腺肥大 子宮内膜症 良性卵巣腫瘍 子宮筋腫		いいえ
4. 現在、以下の項目で医師に指摘されている、もしくは治療中の病気はありますか。 *2	はい (病名： _____)	いいえ
慢性腎不全（血液人工透析） 先天性代謝異常 がん		
5. (女性の方に) 現在妊娠中もしくは授乳されていますか。 *2	はい	いいえ
6. 本日の検査前8時間以内に水以外（食事、ジュース、サプリメント、牛乳、スポーツドリンクなど）を摂りましたか。 *2	はい (摂取されたもの： _____)	いいえ

*1 これらの病気の影響で、がんではないのにAICS値が高くなる場合があります。

*2 これらの病気や状況、食事などを摂っていると、AICS値に影響が出るため検査を受けることが出来ません。

がん検診の受診歴について

質問事項	回答欄	
1. 過去6ヶ月以内に 胃がん検診（胃内視鏡検査、胃X線検査、胃がんリスク検診、ピロリ菌検査）を受けましたか。	はい	受けた検査内容 いいえ
2. 過去6ヶ月以内に 肺がん検診（胸部X線検査、肺CT検査など）を受けましたか。	はい	受けた検査内容 いいえ
3. 過去6ヶ月以内に 大腸がん検診（検便、大腸内視鏡検査、大腸X線検査など）を受けましたか。	はい	受けた検査内容 いいえ
4. 過去6ヶ月以内に 膵臓検査（腫瘍マーカー、腹部超音波検査、腹CT、MRI）を受けましたか。	はい	受けた検査内容 いいえ
5. （男性の方のみ）過去6ヶ月以内に 前立腺がん検診（PSA検査）を受けましたか。	はい	受けた検査内容 いいえ
6. （女性の方のみ）過去6ヶ月以内に 乳がん検診（乳房超音波、マンモグラフィー）を受けましたか。	はい	受けた検査内容 いいえ
7. （女性の方のみ）過去6ヶ月以内に 子宮がん検診、卵巣検査（超音波、細胞診）を受けましたか。	はい	受けた検査内容 いいえ

受診可否 可

不可

確認日： 年 月 日

確認者：