

Japan Expat Clinic

*病院検査をお申込みの方のみご記入ください。

病院検査予約依頼書・オプション検査問診票

お名前		※当院使用欄
生年月日		
電話番号		
メールアドレス		
Amstelland病院での患者登録	<input type="checkbox"/> 登録済み <input type="checkbox"/> 未登録	
希望日時 候補日を複数ご記載ください。		<input type="checkbox"/> 午前のみ <input type="checkbox"/> 午後のみ
都合の悪い日		

オプション検査問診票 ※下記検査を希望される場合、必ずご記入ください

<input type="checkbox"/>	H1	胸部X線 (Amstelland病院)	X-thorax
	事前予約はできません。直接病院の検査室へお越しください。		
<input type="checkbox"/> 症状なし(スクリーニング) <input type="checkbox"/> 喫煙なし <input type="checkbox"/> 喫煙あり (本x 年) <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 運動時呼吸困難 <input type="checkbox"/> その他呼吸器症状 () 症状はいつからありますか? :			
<input type="checkbox"/>	H2	胃内視鏡検査 (Amstelland病院)	Gastroscopie
	<input type="checkbox"/> 症状なし <input type="checkbox"/> スクリーニング検査希望 <input type="checkbox"/> 胸焼け <input type="checkbox"/> 胃痛 <input type="checkbox"/> 吐気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 前回胃カメラに所見あり (年) : _____ 症状はいつからありますか? :		
<input type="checkbox"/>	H3	腹部エコー検査 (Amstelland病院)	Echo abdomen
	<input type="checkbox"/> 症状なし <input type="checkbox"/> 腹痛 (部位) <input type="checkbox"/> 肝臓異常 <input type="checkbox"/> 胆嚢ポリープ (年) 大きさ__mm <input type="checkbox"/> 腎臓異常 <input type="checkbox"/> その他検査所見/症状: _____ 症状はいつからありますか? :		
<input type="checkbox"/>	H4	マンモグラフィー/乳房エコー (Amstelland病院)	Mammografie /Echo mamma
	<input type="checkbox"/> スクリーニング検査希望 <input type="checkbox"/> 家族歴なし <input type="checkbox"/> 家族歴あり(母・祖母・姉妹・叔母) <input type="checkbox"/> 現在授乳中 <input type="checkbox"/> 乳房のしこり (右・左) <input type="checkbox"/> 前回検査所見あり (年) :		
<input type="checkbox"/>	H5	骨密度測定 (Amstelland病院)	Meting botdichtheid
	<input type="checkbox"/> 骨粗しょう症スクリーニング希望 <input type="checkbox"/> 骨折の既往 (年) 部位: _____ <input type="checkbox"/> 身長減少 (cm)		

※裏面もご記入ください。

Japan Expat Clinic

<input type="checkbox"/>	H6	眼科健診 (Eyescan眼科クリニック) Optalmoloog keuring
	<input type="checkbox"/> 症状なし <input type="checkbox"/> 視力低下 <input type="checkbox"/> ドライアイ <input type="checkbox"/> 目の充血 <input type="checkbox"/> 眼痛 <input type="checkbox"/> 糖尿病斑 <input type="checkbox"/> 高血圧斑 <input type="checkbox"/> 飛蚊症 <input type="checkbox"/> 緑内障の疑い <input type="checkbox"/> 眼圧亢進の指摘 <input type="checkbox"/> その他定状・所見:	
<input type="checkbox"/>	H7	その他 () ※
	症状	

※その他検査をご希望の場合、可否を確認の上ご連絡いたします。

内服薬の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	内服薬名: (回 /)
既往歴・過敏症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 薬剤アレルギー <input type="checkbox"/> 甲状腺機能異常 <input type="checkbox"/> その他:
妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	妊娠の可能性のある場合、H1,H3,H4は受診できません。 H4は授乳終了後6ヶ月から受診可能になります。