

問診票

マイクロアレイ血液検査

この調査は「マイクロアレイ血液検査（消化器がん）」を受けられるにあたり、正確にかつ安心してお受け頂く為のものです。あなたの状態についてお教え下さい。

1. お薬について

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をされておられる方はお申し出下さい。

- ・ 副腎皮質ホルモン（吸入ステロイド剤を除く）
- ・ インターフェロン製剤
- ・ 免疫グロブリン製剤
- ・ 生物学的製剤（インフリキシマブ：商品名レミケード）など
- ・ ワクチン（接種直後）

尚、参考ですが以下のお薬については、この検査に影響がないことがわかっています。

高血圧症治療薬、高脂血症治療薬、糖尿病治療薬、非ステロイド抗炎症治療薬

2. 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、予めご承知おき下さい。また、場合によってはこの検査をお勧めしない場合もございます。

- ・ 現在、がんと診断されている。（部位は不明）
- ・ 現在、がんの治療をうけている。
- ・ 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？）
- ・ 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
- ・ 大腸ポリープ、胃のポリープを切除して1～2年未満の方
- ・ 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

該当される箇所がありましたら、印をつけてください。

年 月 日

氏名 _____