

NO _____

健康診断を受診の方へ

年 月 日

※問診票ご記入いただいた個人情報は、大切に管理し当院の利用目的の範囲内で取り扱わせていただきます。

フリガナ		女 男	生 年 月 日	大・昭・平	血 液 型	型
お名前	様			年 月 日 (才)		
ご住所	〒 _____ 市 区	電		ご自宅 - -		
変更なし <input type="checkbox"/>		話		携帯 - -		

↑ご住所に変更のない方は☑を入れて下さい。

ご住所は、初めて受診される方・ご住所の変更があった方はご記入下さい。

企業名：

↑企業健診の方、領収証の必要な方はご記入下さい。

※にチェックを入れてください。

●最近調子の悪いところや気になるところがありますか？

はい〔症状： _____ 〕 いいえ

●現在治療中の病気と内服薬はありますか？

はい〔病名： _____ 〕 いいえ

●今まで大きな病気をしたことがありますか？

はい〔病名： _____ 〕 いいえ

※手術歴：ある なし

●下記の中で言われたことのあるものはありますか？

高血圧 糖尿病 コレステロール高い 中性脂肪が高い 尿酸値が高い 肝機能が低下している

●タバコは吸いますか？

はい〔 _____ 本/日〕 いいえ

●アルコールは飲みますか？

はい〔 _____ 回/週、 _____ 回/月、どのくらいの量： _____ 〕 いいえ

※種類：ビール ウイスキー 焼酎 日本酒 ワイン

●現在妊娠中又は授乳中ですか？

はい〔 妊娠中 ・ 授乳中 〕 いいえ

●ご職業についてお伺いします。

会社員 自営業 パート 主婦 学生 他〔 _____ 〕

●どちらで当院を知りましたか？

インターネット(携帯) インターネット(PC) 口コミ 知人紹介 病院紹介 折込み

タウンニュース 通りがかり 近所 会社紹介 看板 他【 _____ 】

《事務記入欄》

使用目的【 入社時 ・ 定期健診 ・ その他 (_____) 】【オプション】

コース名【 雇入時 ・ 若年 ・ 無呼吸 ・ 特定(社保) ・ 特定(国保)

生習(本人) ・ 生習(家族) ドック(_____) 内視鏡【 口・鼻 / 鎮あり】

健診用紙【 自院 ・ 所定用紙 ・ 診断書 】