

NO _____

健康診断を受診の方へ

年 月 日

※問診票に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		男・女	生年月日	大・昭・平	血液型	型
お名前	様			年 月 日 (才)		
ご住所	〒 _____		電話	ご自宅	-	-
	市 区			携帯	-	-

↑個人申込の方はご記入いただいたご住所に結果を送付しますので、正確にご記入ください。

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

〔内服薬名： _____ 〕

※継続して服薬中の方はお薬手帳を必ずご持参ください。

●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 コレステロールが高い 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？

ホームページ 口コミ 病院紹介 会社紹介 家族・知人紹介 通りがかり

インスタグラム ユーチューブ フェイスブック チラシ 他(_____)

《事務記入欄》

使用目的【 入社時 ・ 定期 ・ その他 (_____) 〕

【オプション】

コース名【 雇入れ時 ・ 簡易 ・ 無呼吸 ・ 予防内科
特定(社保) ・ 特定(国保) _____ 〕

健診用紙【 自院 ・ 所定用紙 ・ 診断書 〕