

健康診断 問診票・申込書

この問診票は健診を受けて頂く際の参考にさせて頂くものです。患者様のプライバシーは厳守致しますので、正確に記入して下さい。ご不明な箇所は空欄のまま構いません。

カナ		性別		受診日：2024年3月29日
氏名		男 女		
生年月日	年 月 日 (歳)			電話番号
〒 -				
自宅住所				
勤務(予定)先の名称				

< 問診 > 以下の質問にお答え下さい

- ① 現在治療中または定期受診されているご病気がありますか？ (はい いいえ)

病名と治療内容

- ② 過去に治療されたご病気がありますか？ (はい いいえ)

病名と治療内容

- ③ 以下のお薬を飲まれていますか？

- 血圧を下げるお薬 (はい いいえ)
■ 血糖値を下げるお薬 (はい いいえ)
■ コレステロールを下げるお薬 (はい いいえ)

- ④ 医師から以下のご病気にかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか？

- 脳卒中(脳出血・脳梗塞など) (はい いいえ)
■ 心臓病(狭心症・心筋梗塞など) (はい いいえ)
■ 慢性腎不全 (はい いいえ)

- ⑤ 医師から、貧血を指摘されたことがありますか？ (はい いいえ)

- ⑥ 今までどのようなお仕事についていましたか？ 業種・職種 ()

- ⑦ 1回30分以上の汗をかく運動を週2回、1年以上続けていますか？ (はい いいえ)

- ⑧ この1年間で体重の増減が±3kg以上ありましたか？ (はい いいえ)

- ⑨ 現在、タバコを吸っていますか？ (はい いいえ)

- ⑩ お酒を飲む機会はどれくらいですか？ (毎日 時々 ほとんど飲まない 飲まない)

- ⑪ お酒を飲まれる方は、飲酒日の一日あたりの量はどれくらいですか？
(ビール 焼酎 日本酒 ワイン 酎ハイ : 1日 ml)

- ⑫ その他、自覚症状や気になることがあれば記載して下さい。

()

自由記載欄

以下の項目は、健康診断の採血と同時に自費で測定することが可能です。領収証を分けて発行することも可能ですので、ご希望される方はチェックを入れて下さい。

- 血液型 (ABO式) + 1,000円
 甲状腺ホルモン (FT4、TSH) + 1,500円
 女性ホルモン (FSH、E2) + 2,000円
 婦人科癌の腫瘍マーカー (SCC、CA125、CA15-3) + 2,500円