

【健康診断 問診票】

ID ()

記入日：西暦 (令和) 年 月 日

ふりがな		男	女
氏名			
生年月日 西暦 ()年	月	日 ()才	
生年月日 昭和 ()年	平成 ()年		
住所 〒			
電話番号		携帯番号	

今までにかかれた主な病気、手術は？ ()

以前、吉岡クリニックにかかれた事はありますか？ はい いいえ

記入する用紙、所定の用紙はありますか？ はい いいえ

レントゲンを撮られる方。現在、妊娠していますか？ はい いいえ

領収書名は 個人名？ () 会社名？ ()

検査項目は下記に有りますか？

項目 1~11全て 項目 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

その他 ()

1	業務歴、既往歴、(喫煙歴、服薬歴)
2	自覚症状、他覚症状、内科診察、問診
3	身長、体重、BMI(肥満度)、腹囲、視力、血圧
4	聴力の検査(1000Hz・4000Hz)オーディオ
5	胸部エックス線(レントゲン)検査
6	貧血検査(赤血球数、血色素量、ヘマトクリット、白血球)
7	肝機能検査 GOT(AST)、GPT(ALT)、 γ -GTP
8	血中脂質検査(LDL、HDLコレステロール、血清トリグリセライド)
9	血糖検査(グルコース)
10	尿検査(尿中の糖、蛋白、ウロビリノーゲン、潜血)
11	心電図検査

他 色覚など