

# 【健康診断 問診票】

ID ( )

記入日：西暦 20 ( 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	

今までにかかられた主な病気、手術は？ ( )

以前、吉岡クリニックにかから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

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)、 $\gamma$ -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

その他 ( )

色覚、HbA1c、BUN(尿素窒素)、Cr(クレアチニン)、尿酸、eGFR、血小板

ALP、LAP、LDH、ChE(コリンエステラーゼ)、CPK、Alb

B型肝炎 HBs抗原(CLEIA法) HBs抗体(CLEIA法)、C型肝炎 HCV抗体 など