

【健康診断 問診票】

ID ()

記入日： 西暦 2020 (令和 2) 年 月 日

ふりがな 氏名	男 女
生年月日 西暦(年) 昭和(年) 平成(年) 月 日(才)	
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

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