


元八事ファミリー内科クリニック（健康診断）問診表

該当項目に  あるいは記載をお願いします。

フリガナ		生年月日	年	月	日
名前		電話番号			
住所	〒 -				
自覚症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）				
既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）				
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）				
飲酒	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 1週間の間で数日程度 <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> 飲まない				
喫煙	<input type="checkbox"/> 現在喫煙中 <input type="checkbox"/> 過去に喫煙（ ____ 年前に禁煙） <input type="checkbox"/> 吸ったがない				
健康に影響 する可能性の ある業務歴	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 粉じん・ほこり・アスベストを吸い込む作業 <input type="checkbox"/> 有機溶剤・化学物質（塗料、薬品など）を扱う作業 <input type="checkbox"/> 騒音の強い環境での作業 <input type="checkbox"/> 重い物を持つ・腰に負担のかかる作業 <input type="checkbox"/> 夜勤・交代制勤務 <input type="checkbox"/> 運転業務（長時間）				
希望する 健診項目	<input type="checkbox"/> Aプラン <input type="checkbox"/> Bプラン <input type="checkbox"/> Cプラン <input type="checkbox"/> オプション検査				
検査結果の お伝え方法	<input type="checkbox"/>	後日受診 （診察時に結果をお伝え） ※Bプランは、当日お伝えします		0円	
	<input type="checkbox"/>	郵送 （健診結果を 郵送でお渡し）		郵送・事務手数料	+ 500円
	<input type="checkbox"/>	即日結果の説明 （迅速血液検査を行い 当日中に結果を説明）		迅速検査加算	+ 1,500円