

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	
	<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