

健康診断問診票

問診票は、ご記入のうえ、ご受診日当日受付へご提出ください。
ご記入いただいた内容は、健康診断等の医療サービス提供のみに利用いたします。

氏名 (ローマ字)		性別	男 ・ 女	年齢		生年月日	dd / mm / yyyy
電話番号		メール				保険会社	
住所							
企業名	<input type="checkbox"/> 本日会社様宛の領収書が必要な方はチェックをお願いします						

■緊急連絡先

氏名 (ローマ字)		電話番号		続柄	
--------------	--	------	--	----	--

1 持病と病歴、過去の検査結果 History of disease and examinations

現在治療中の病気または過去の病気についてお答えください。
Do you have any underlying disease?

例) 甲状腺機能亢進症、2015年～、現在も治療中
e.g.) Hyperthyroidism, Since 2015, under treatment.

手術をしたことがありますか。
Have you ever had surgery? はい Yes いいえ No 部位: Part ()

上腹部、下腹部超音波検査を受けたことがありますか？ Have you ever did abdomen ultrasound before? はい Yes いいえ No 最終受診日 Last examination date (dd / mm / yyyy)

結果 (丸で囲って下さい) 異常なし ・ 脂肪肝 ・ 腎臓結石 ・ 胆嚢ポリープ ・ その他
No abnormality Fatty liver Kidney stone Gallbladder polyp Others ()

バリウム検査を受けたことがありますか？ Have you ever did upper GI before? はい Yes いいえ No 最終受診日 Last examination date (dd / mm / yyyy)

結果 (丸で囲って下さい) 異常なし ・ 胃炎 ・ 胃潰瘍 ・ ポリープ ・ その他
No abnormality Gastritis Gastric ulcer Polyp Others ()

乳腺超音波/マンモグラムを受けたことがありますか？ Have you ever breast ultrasound or Mammogram before? はい Yes いいえ No 最終受診日 Last examination date (dd / mm / yyyy)

結果 (丸で囲って下さい) 異常なし ・ 嚢胞 ・ 腫瘍 ・ 石灰化 ・ その他
No abnormality Cyst Mass Calcification Others ()

※過去に"当院以外"の病院で、上記のいずれかに該当する異常が見つかった方は、健康診断当日それらの検査結果もご持参ください。
*If you have ever had abnormal findings before on the other hospital, please bring those result on the health check-up date.

2 女性の方へ Questions for females

※女性の方のみお答えください。
*Female only

最終月経日
The last menstruation day

<input type="text"/>	<input type="text"/>	月 Month	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日から Day	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日間 How long
----------------------	----------------------	------------	----------------------	----------------------	------------	----------------------	----------------------	----------------

結婚されていますか？
Are you marriage?

<input type="checkbox"/>	既婚 Married	または Or	<input type="checkbox"/>	未婚 Single
--------------------------	---------------	-----------	--------------------------	--------------

当てはまるものがあれば全てチェックして下さい。
Please fill in "✓" if applicable.

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 妊娠中または妊娠している可能性がある
I'm pregnant or possibly pregnant. |
| <input type="checkbox"/> | 授乳中である
I'm breastfeeding. |
| <input type="checkbox"/> | 生理中である
I'm on my period. |

3 検査について About Examination

過去に検査を受けて具合が悪くなったことや検査に注意することがありますか？
Have you ever been sick after taking a physical examination? Is there anything we need to be aware of?

- | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 採血で気分が悪くなったことがある
I have felt sick from blood sampling before. | <input type="checkbox"/> | 胃バリウム検査で気分が悪くなったことがある
I have felt sick from gastric X-ray before. |
| <input type="checkbox"/> | アルコールパッドにアレルギーがある
I am allergic to alcoholic pad. | <input type="checkbox"/> | 絆創膏にアレルギーがある
I am allergic to wound plaster. |
| <input type="checkbox"/> | 特になし
Nothing | | |

4 そのほか、健康上のお悩みなど Others

年に一度の機会ですので、健康面で困りのことございましたら医師までお気軽にご相談ください。診察室で日頃の気になっている症状を伝えていただき、薬が出た際に、保険適用となります。よろしければ、事前にご記入ください。
Please write down any other symptoms that you are concerned about.

問診は以上です。上記に誤りがないことを確認の上、こちらにご署名ください。

署名欄 _____