

# 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	※ローマ字表記でご記入ください。	性別	男 <input type="checkbox"/>	女 <input type="checkbox"/>	年齢		生年月日	/ / dd / mm / yyyy
電話番号		メール						
住所								
企業名								

## 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  いいえ   
Yes 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  いいえ   
Yes No

最終受診日  
Last examination date  
dd / mm / yyyy

最終受診日  
Last examination date  
dd / mm / yyyy

結果：  
Result

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  いいえ   
Yes No

最終受診日  
Last examination date  
dd / mm / yyyy

最終受診日  
Last examination date  
dd / mm / yyyy

結果：  
Result

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  いいえ   
Yes No

最終受診日  
Last examination date  
dd / mm / yyyy

最終受診日  
Last examination date  
dd / mm / yyyy

結果：  
Result

※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

月

Month

日から

Day

日間

How long

結婚されてますか？

Are you marriage?

既婚

Married

または

Or

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.

妊娠中または妊娠している可能性がある

I'm pregnant or possibly pregnant.

授乳中である

I'm breastfeeding.

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?

採血で気分が悪くなったことがある

I have felt sick from blood sampling before.

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.

アルコールパッドにアレルギーがある

I am allergic to alcoholic pad.

絆創膏にアレルギーがある

I am allergic to wound plaster.

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