

横浜市健康診査	年 月 日 ID
フリガナ： 氏名：	年齢・性別 男 女 歳

以下の太枠のみをお書き下さい

① 当院定期通院中の方のみの質問です。お薬はまだありますか？ (ある ・ ない→本日は診察をお願いします。同日に健診はお受けできません)
② 携帯番号をご記入下さい
③ 健康診査を受けるに当たり、何か伝えたいことがございましたら、自由にお書き下さい。 <u>無い方は記入不要です。</u>
④ 当院を初めて受診される方へのみの質問です。当院を何でお知りになりましたか？よろしければ教えて下さい（複数選択可） <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 他院からの紹介 <input type="checkbox"/> 知人からの紹介 <input type="checkbox"/> 駅看板 <input type="checkbox"/> 電柱・消火栓広告 <input type="checkbox"/> 雑誌広告 <input type="checkbox"/> バス広告 <input type="checkbox"/> 通りがかり

これより下の欄には記入しないでください

身体計測	身長	横浜市健康診査	<input type="checkbox"/> 血算、 <input type="checkbox"/> 生化、
	体重		<input type="checkbox"/> 血糖、 <input type="checkbox"/> 尿、 <input type="checkbox"/> 心電図
	BMI	横浜市肺がん	<input type="checkbox"/> 胸部 Xp 2 方向
	腹囲	横浜市大腸がん	<input type="checkbox"/> 説明
血圧	/ (P ) / (P )		<input type="checkbox"/> 容器受取 (1日・2日)
メモ (看護師・検査技師利用)		横浜市前立腺がん	<input type="checkbox"/> 生化量確認
		横浜市肝炎	<input type="checkbox"/> 肝炎スピッツ確認
		↑伝票確認	<input type="checkbox"/> 一致した
診 察 (医師利用)			