

ドック問診表・申込書

年 月 日

ふりがな お名前：	性別： 男 ・ 女
生年月日： 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日 (歳)	
ご住所： 〒	
電話番号： () -	
身長： cm	体重： kg

(1) 本日はお食事をお召し上がりしましたか？

はい (食後 時間) ・ いいえ

(2) 治療中のご病気、または今までに何かご病気になられたことはありますか？

はい ・ いいえ

*はいと答えた方は病名をご記入ください。

()

(3) ご希望の検査に○をつけてください。(組み合わせは自由です)

・ 血液ドック (検査番号またはコースをお書きください)

()

・ 甲状腺ドック

・ かくれ糖尿病チェック

・ メタボリックシンドロームチェック