

血液ドック問診票

医療法人社団 泰静会 大西医院

年 月 日

お名前 _____ 様

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳)

身長 _____ cm 体重 _____ kg

ご住所 〒 _____

電話番号 (_____) _____ - _____

本日はお食事を召し上がりましたか？ はい ・ いいえ

→「はい」の方 お食事は何時間前ですか _____ 時間前

※注意：糖尿病・高脂血症の検査は朝食前採血のみとなります

基礎疾患・既往疾患がございましたらご記入ください

検査結果の返送方法：ご希望に○をお付けください

1. 郵送 2. E-mail 3. 1・2両方

検査結果の郵送希望住所 (上記ご住所と同じ場合は空欄で結構です)
〒 _____

E-mail _____

(PDFファイルでお送りします※Adobe readerなどが必要です)