

健康診断問診票

◆ご受診日 年 月 日 ()
◆受付時間 8:00~9:00

- 注 意 事 項
- ・健診日の朝は絶食でお越し下さい。
(あめ・ガム・たばこ・ジュース等もご遠慮下さい)
 - ・治療中のお薬の服用につきましては事前に主治医にご相談下さい。
 - ・血圧、心臓病、抗けいれん剤の薬は少量の水で服用してください。
 - ・糖尿病治療中の方は朝のインシュリン注射および血糖降下剤を服用しないでください。
 - ・中止、変更される場合は、必ず事前にご連絡下さい。

血糖検査(血液検査)がある方へ (ご注意)

平成 30 年 4 月 1 日より、**飲食直後 (3.5 時間未満) の場合は、血糖検査ができません**ので、必ず問診票に記載されている注意事項を守ってご受診下さい。

なお、状況によっては、**受診日のご変更など**をお願いする場合がございますので、なにとぞよろしくお願いいたします。

ご不明な点等がございましたら、お問い合わせをお願いいたします。

※この欄は記入しないで下さい

※受診 No	※コース
お名前 (フリガナ)	
生年月日 S・H 年 月 日 年齢 歳 (男・女)	
ご住所 〒	
(自宅) - - (携帯) - -	
勤務先名	健康保険証の記号番号
TEL - -	記号 番号 本人・配偶者・被扶養者
当センター受診歴	初めて・以前も受診した
保険者名	保険者番号
※ 1. 食後 h () ※ 便 (1本・2本) (子・乳・エコー・マンモ)	
※ 2. 食後 10 時間以上 3. 食後 3.5~10 時間未満 4. 食後 3.5 時間未満 ※ FBS・HbA1c・両方	

◆裏面の問診票もご記入下さい。



一般社団法人

山口総合健診センター

〒754-0002 山口県山口市小郡下郷 1773-1

TEL083-972-4325/FAX083-972-3367

URL:<http://www.y-kenshin.or.jp>

Email:info@y-kenshin.or.jp

