



ワンコインドック問診票及び同意書

下記の項目について、当てはまるものに○をつけて下さい。

- | | |
|-------------------------|--------------|
| () 脂っこい物が好き | () 塩辛い物が好き |
| () 甘い物が好き | () 魚より肉が好き |
| () 野菜をあまり食べない | () 外食が多い |
| () 食事の時間が不規則 | () お酒をよく飲む |
| () 朝食は取らない | () タバコを吸う |
| () 今は禁煙したが、長年タバコを吸っていた | |
| () 疲れやすい | () 顔が白っぽい |
| () 睡眠不足だと思う | () 運動不足だと思う |
| () 朝がなかなか起きられない | |

本日、食事は摂ってきましたか？ 有 ・ 無

* 食事をされていた場合は数値に変動がありますのであらかじめご了承ください。

* ワンコインドックでは、採血検査を実施いたします。採血検査を受けられる前に以下の注意事項をお読みください。

<採血検査を受けられる方への注意事項>

- ・採血後は針を刺した箇所を約5分間よく押さえ、圧迫止血を行なって下さい。血液を固まりにくくする薬（ワーファリン・アスピリン等）を服薬されている方は約10分間十分に圧迫をお願い致します。
- ・圧迫が不十分であったり、傷口をもんでしまうと針を刺した所が内出血を起こす可能性があります。内出血すると大きな青あざになる場合がありますが、ほとんどの場合は特別な治療をせずとも数週間以内に治ります。

採血中にご気分が悪くなったり、我慢できない痛みを感じた場合、また採血後に手の指先の痛み、手のしびれが残る場合はスタッフにお申し出下さい。

* 上記注意事項をご確認のうえ、宜しければご署名をお願い致します。

私は、上記注意事項を確認のうえ、ワンコインドックを受診することに同意します。

_____年_____月_____日 ご署名 _____



医療法人社団 KNI

北原ライフサポートクリニック
KITAHARA LIFE SUPPORT CLINIC

ワンコインドック

● ご希望のコースをレ点でチェックして下さい。複数可。

Aコース：食生活が乱れがち・動脈硬化が気になる方へ

Bコース：お酒が大好き・飲む機会が多い方へ

Cコース：貧血がみかかも？と感じる方へ

Dコース：そろそろ糖尿病が気になる方へ

● 本日お受けにならない場合は、ご希望の日時をご記入下さい。

※日曜・祝日はお受けできません。

当日・予約 ____月 ____日 ____時 ____分 (時間帯 12時～16時30分)

● ワンコインドックをどのようにお知りになりましたか？ (○で囲んでください)

・以前受けた事がある ・当院ホームページ

・インターネット (検索ワード: _____)

・知人からの紹介 ・外来受診の際 ・その他 (_____)

● 登録に必要な項目ですので全ての欄にご記入をお願い致します。

以下枠内の施設を、以前受診されたことがある場合は○印で囲んで下さい。

北原ライフサポートクリニック 北原国際病院 北原RDクリニック

フリガナ

氏 名 : _____

性 別 : 男 ・ 女

生 年 月 日 : 明・大・昭・平 _____年 _____月 _____日

電 話 番 号 : _____ (_____)

住 所 : 〒 _____

都 道
府 県

区 市
郡 村

町 区

● 検査結果の確認方法についてご希望の形態をお選び下さい。※必須※

携帯電話、パソコン等でサイトへアクセスして結果を確認する。

上記の住所宛に紙の結果表を郵送希望。

※別途郵送料 100 円 (税抜き) を頂きます。



医療法人社団 KNI

北原ライフサポートクリニック

KITAHARA LIFE SUPPORT CLINIC