ご記入日　平成　　年　　月　　日

登録用紙

登録 No.

ふりがな
お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　性別　男　女

生年月日　大　昭　平　　年　　月　　日　　歳

住　所	〒　　－	市　　区	
お電話	ご自宅	携帯電話	
緊急連絡先	お名前	電話番号	続柄

≪問診票≫　（〇で囲んでください）

①現在からだに調子の悪いところ（痛みなど）はありますか？

な　い　・　あ　る	「ある」の方は、 〇いつ頃から： 〇どこが　　： 〇どのように：

②現在治療中の病気はありますか？

な　い　・　あ　る	「ある」の方は、 ● 病　名： ●いつ頃から： ●お薬の服薬：

③過去に病気やけがで、入院や手術・通院治療をうけたことがありますか？

な　い　・　あ　る	「ある」の方は、 ●何歳の時に： ●病　名　　：

④ここ１年間で健康診断または人間ドックを受けたことはありますか？

な　い　・　あ　る	「ある」の方は、お手数ですが健診結果を持ってきて頂くようにお願いします。

職員記入欄

問診チェック	健診結果	登録証発効日
	あり　／　なし	／　／