

電離放射線健康診断問診票

		記入日	令和	年	月	日
ふりがな		性別	男性・女性			
氏名						
生年月日	昭和・平成	年	月	日	年齢	歳
住所	〒	電話番号 ()				

☆領収書の宛名を会社名等にする方は、下記に名称をご記入ください。

()

自覚症状について該当するものを○で囲んでください

- (1) 疲れやすいですか (いいえ・はい)
- (2) 立ちくらみ・めまいがしますか (いいえ・はい)
- (3) 体重が急減しましたか (いいえ・はい)
- (4) 下痢をしたり、血便になることがありますか (いいえ・はい)
- (5) 出血をすると止まりにくいですか (いいえ・はい)
- (6) 皮下出血がありますか (いいえ・はい)
- (7) 医師に白内障（水晶体の混濁有）と言われたことがありますか (いいえ・はい)
- (8) 痰に血が混じることがありますか (いいえ・はい)
- (9) 皮膚に治りにくい傷や赤い斑点ができたりしますか (いいえ・はい)
- (10) 皮膚の色がかわっているところがありますか (いいえ・はい)
- (11) 手足がしびれたり痛んだり、感覚の異常がありますか (いいえ・はい)
- (12) その他、自覚症状がありますか (いいえ・はい) 「はい」の方は下記に記入↓
(症状 :)

クリニック記入欄	お渡し日 (/)、受け取り・郵送
----------	--------------------