

※太枠内をご記入の上、受診当日に本票をご持参下さい。

Visit Day 健康診断予定日時	お名前をローマ字・フルネームでご記入下さい。	
年 月 日 (: year month day	Mr. / Mrs. / Miss (名 / First Name) (姓 / Last Name)	
1. Program selected ご希望の健診プログラムに✓印をつけて下さい。		
☐ 男性 1 Male 1 (25-34 yrs)	9,500 Baht	☐ 女性 1 Female 1 (25-34 yrs) 12,300 Baht
☐ 男性 2 Male 2 (35-49 yrs)	13,900 Baht	☐ 女性 2 Female 2 (35-49 yrs) 19,500 Baht
☐ 男性 3 Male 3 (50 yrs up)	19,900 Baht	☐ 女性 3 Female 3 (50 yrs up) 23,000 Baht
☐	 Baht	
2. Additional Option 追加オプション (記入例:「胃内視鏡検査(鎮静剤) 〇〇,〇〇〇 Baht」など) *当日の追加不可		
☐	 Baht	☐ Baht
☐	 Baht	☐ Baht
☐	 Baht	☐ Baht
☐	 Baht	☐ Baht
☐	 Baht	☐ Baht
3. Address to send the check-up report 結果の送付先 *郵送もしくは病院での受け取りのいずれか一つを選択下さい。		
1□ Mailing address 下記へ郵送(お名刺貼付もしくは住所(コンドミニアム名、お部屋番号必須)をご記入ください) Address 住所 Tel 電話番号		
上記に住所記入もしくは ここにテープなどでお名刺を貼付下さい。		
2□ Pick up 後日病院での受け取り(SMSにてご連絡します。お受取り場所:日本人医療センター 2階 /毎日10:00-16:00) Tel 電話番号(SMS)		
上記の記載内容に相違ありません。		
Signature of the patient/relative ご本人又はご親族署名		Signature of hospital officer 病院関係者署名
(スタッフ記入欄)		
夕食は夜9時までに済ませてください。水は午前0時まで摂取可能です。それ以後は絶飲絶食で病院にお越しください。		
NPO 食事制限 :	/ / :	~
水分制限 :	/ / :	~
		裏面の問診票もご記入下さい。

Please answer each item to the best of your knowledge. All the collected medical information will be kept confidential.
下記の質問に正確にご回答下さい。頂いた情報は診療行為のみに使用し、他者に漏洩されることはありません。

*** 該当する項目に ✓ をし、必要事項をご記入下さい ***

1. Family History ご家族の病歴についてお聞かせ下さい。

Father 父親

☐ Live 存命

☐ Deceased 他界

☐ None 該当なし

☐ Diabetes mellitus 糖尿病

☐ Heart disease 心臓病

☐ Cerebrovascular Diseases 脳血管疾患

☐ Cancer がん (部位) _____

☐ Hypertension 高血圧

☐ Others その他 _____

Mother 母親

☐ Live 存命

☐ Deceased 他界

☐ None 該当なし

☐ Diabetes mellitus 糖尿病

☐ Heart disease 心臓病

☐ Cerebrovascular Diseases 脳血管疾患

☐ Cancer がん (部位) _____

☐ Hypertension 高血圧

☐ Others その他 _____

Other diseases in your family 其他のご血縁の方の中に上記の病歴がある場合、こちらにご記入下さい。
(続柄) _____ (病名) _____ (続柄) _____ (病名) _____

2. Do you drink alcohol ? 飲酒はされますか。

☐ No いいえ

☐ Yes はい _____ times/week 回/週

3. Do you exercise ? 運動はされますか。

☐ No いいえ

☐ Yes はい _____ times/week 回/週

4. Have you ever smoked ? 喫煙はされますか。

☐ No 吸ったことがない

☐ 過去に吸っていた Stopped smoking for 禁煙して _____ years 年

☐ Yes 現在吸っている amount 1日 _____ 本 /day for 吸い始めて _____ years 年

5. Are you currently on any medications : including over the counter medicines, herbal medicine ?

現在、飲んでいるお薬はありますか。(市販薬、漢方薬などを含む)

☐ No いいえ

☐ Yes, (specify) はい (薬品名) _____

6. Do you take any nutritional supplements? サプリメントをとっていますか。

☐ No いいえ

☐ Yes, (specify) はい (薬品名) _____

7. Do you have any drug allergies ? 薬、注射、麻酔や造影剤等でアレルギーはありますか。

☐ No いいえ

☐ Yes, (specify) はい (薬品名) _____

8. Do you have any food allergies ? 食べ物のアレルギーはありますか。

☐ No いいえ

☐ Yes, (specify) はい (食物名) _____

9. Do you have any of the following conditions ? 現在、下記の病気はありますか。

☐ None 該当なし

☐ Diabetes Mellitus 糖尿病

☐ Heart disease 心臓病

☐ Gastro-intestinal disease 胃腸疾患

☐ Hyperlipidemia 高脂血症

☐ Cancer がん (部位) _____

☐ Genitourinary disease 泌尿生殖器疾患

☐ Gout 痛風

☐ Hypertension 高血圧

☐ Lung disease 肺疾患

☐ Allergic disease アレルギー疾患

☐ Others その他 _____

10. Have you ever had a serious illness or/and had an operation? 過去に大病をわずらったり、手術を受けた経験はありますか。

☐ No いいえ

☐ Yes, (specify) はい (病名) _____

11. Advance directives (Authority to make healthcare decisions on your behalf if you become unable to)

万が一、ご本人が治療の方針を決断できなくなった場合に、治療の方針を委ねられる方はいますか。

☐ No いいえ

☐ Yes はい, power of attorney : Mr./Mrs./Miss _____ (続柄) _____ に委任します。

12. Any spiritual/cultural beliefs to be followed. 治療にあたり、信仰/宗教上の制約はありますか。

☐ No いいえ

☐ Yes, (specify) はい (内容) _____

13. For woman only 女性のみ、ご記入下さい。(必ずご自身でご記入下さい。)

The first date of the last menstrual period 最終月経の開始日_____/_____/_____ Pregnancy 妊娠____weeks 週目 Menopause 閉経____:

Do you breast feeding ? 現在、授乳中ですか? ☐ いいえ ☐ はい

14. Do you have a possibility of pregnancy? 妊娠の可能性はありますか?

☐ No いいえ

☐ Yes はい

☐ Not sure 不明

*If there is a possibility of pregnancy, please inform to medical staff. 妊娠の可能性がある、または不明な場合は必ず医療スタッフにお知らせ下さい。

I understand the importance of a truthful health history to assist the hospital in providing the best care possible.

Signature of the patient/relative ご本人又はご親族署名

Signature of hospital officer 病院関係者署名