

※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 ご予約日時	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。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 男性 1 Male 1 (25-34 yrs) 9,200 Baht | <input type="checkbox"/> 女性 1 Female 1 (25-34 yrs) 12,000 Baht |
| <input type="checkbox"/> 男性 2 Male 2 (35-49 yrs) 13,600 Baht | <input type="checkbox"/> 女性 2 Female 2 (35-49 yrs) 18,400 Baht |
| <input type="checkbox"/> 男性 3 Male 3 (50 yrs up) 16,500 Baht | <input type="checkbox"/> 女性 3 Female 3 (50 yrs up) 19,500 Baht |
| <input type="checkbox"/> _____ Baht | <input type="checkbox"/> _____ Baht |
| <input type="checkbox"/> Corporate contract 法人契約：企業名 _____ Program _____ | |

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 Baht」など)

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> _____ Baht | <input type="checkbox"/> _____ Baht |
| <input type="checkbox"/> _____ Baht | <input type="checkbox"/> _____ Baht |
| <input type="checkbox"/> _____ Baht | <input type="checkbox"/> _____ Baht |
| <input type="checkbox"/> _____ Baht | <input type="checkbox"/> _____ Baht |
| <input type="checkbox"/> _____ Baht | <input type="checkbox"/> _____ Baht |

3. Address to send the check-up report 結果の送付先 *お勤め先またはご自宅のいずれかを選択下さい。

- Company お勤め先へ送付 (本票にお名刺を貼り付けて下さい)

ここにホッチキスまたはテープで
お名刺を貼付下さい。

- Home ご自宅へ送付 (コンドミニウム名、お部屋番号も必ずご記入下さい。)

Address 住所

Tel 電話番号

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)

NPO 食事制限 : / / : ~
水分制限 : / / : ~

裏面の問診票をご記入下さい。

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	<input type="checkbox"/> Live 存命	<input type="checkbox"/> None 該当なし	<input type="checkbox"/> Cerebrovascular Diseases 脳血管疾患
	<input type="checkbox"/> Deceased 他界	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus 糖尿病	<input type="checkbox"/> Cancer 癌 (部位) _____
		<input type="checkbox"/> Heart disease 心臓病	<input type="checkbox"/> Hypertension 高血圧 <input type="checkbox"/> Others その他 _____
Mother 母親	<input type="checkbox"/> Live 存命	<input type="checkbox"/> None 該当なし	<input type="checkbox"/> Cerebrovascular Diseases 脳血管疾患
	<input type="checkbox"/> Deceased 他界	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus 糖尿病	<input type="checkbox"/> Cancer 癌 (部位) _____
		<input type="checkbox"/> Heart disease 心臓病	<input type="checkbox"/> Hypertension 高血圧 <input type="checkbox"/> Others その他 _____

Other diseases in your family その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、飲んでおられ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? お薬の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。

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> None 該当なし | <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus 糖尿病 | <input type="checkbox"/> Hypertension 高血圧 |
| <input type="checkbox"/> Heart disease 心臓病 | <input type="checkbox"/> Cancer 癌 (部位) _____ | <input type="checkbox"/> Lung disease 肺疾患 |
| <input type="checkbox"/> Gastro-intestinal disease 胃腸疾患 | <input type="checkbox"/> Genitourinary disease 泌尿生殖器疾患 | <input type="checkbox"/> Allergic disease アレルギー疾患 |
| <input type="checkbox"/> Hyperlipidemia 高脂血症 | <input type="checkbox"/> Gout 痛風 | <input type="checkbox"/> 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 ____ 年前

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