受 付 票

※ 当日、受付へご提出ください

〒 861-8528
熊本市東区長嶺南2－1－1　日本赤十字社熊本健康管理センター
テスト団体99997

チェックイン機にかざしてください

02-2001

ﾆｯｾｷ ﾀﾛｳ
日赤　太郎　様

No. 1

自宅住所	〒 861-8039 熊本市東区長嶺南@@@2丁目1－1						＊確認や緊急時に連絡する場合があります
生年月日	S30.1.1	性別	男 性	年 齢	70 歳	（年度年齢）	71
電　話	（自宅） 096-387-6652		（個人携帯） 080-1234-5678				
契約団体	日本赤十字社熊本健康管理センター						
所　属	○○部						
部　署	○○課			社員番号	999		

左記欄に印字がない、または変更がある場合はご記入ください。また、記載事項に間違いがなければチェック ☑ をお入れください。

保険者番号	99999999
保険証記号	999
保険証番号	99

■ご予約日時	2025年 4月 5日 （土）7時40分 ～ 8時05分

※早めにチェックインされた場合も、左記受付時間 どおりのご案内になりますのでご了承ください。
（開館時間は7:30～17:00です）

■受付場所	北館 ２階 受付　北館1階（または2階）にてチェックイン後整理券をお持ちのうえ受付へお越しください。Web問診がお済みでない方は、Web問診にご回答のうえ受付へお越しください。

■ご予約コース・オプション　2025年3月5日　時点でのお申し込み内容）　含まれる主な検査内容・注意事項など
朝食抜き ■日赤生活習慣病視力聴力健診コース【採血・検尿・検便・胸部X線・心電図ほか】
朝食抜き　胃部X線検査

■ 受診に当たってのご注意	＊上記枠内の検査項目に朝食 または 昼食抜きと記載がある場合は、飲食時間（水以外）の制限があります。同封の「検査の注意事項」に記載の時間以降に飲食された場合、検査可能となる時間までお待ちいただくか日程を変更させていただきますのでご了承ください。 ＊必ず同封の「受診の手引き」、「検査の注意事項」・「同意確認事項」をお読みになり、内容をご理解のうえ裏面の【同意署名欄】へのご署名をお願いします。
■予約日・内容変更キャンセルについて	下記へご連絡ください。なお、健診当日のキャンセルについて、月～金曜は9:00以降に、土曜日は翌週の月～金曜　9:00以降に下記へご連絡ください。

お問い合わせ　日本赤十字社 熊本健康管理センター

健康診断予約 【TEL】 096-387-6710
（月－金　9:00～16:00 ; 年末年始祝日除く）

受診者番号：1　　氏名：日赤　太郎　様

【 同意署名欄 】

私は、別紙「 同意確認事項 」の記載内容を理解し、検査を受けることに同意します　　氏名（自署）

受付番号

Ｗｅｂ問診 にご回答ください

～2025年度から問診がWebに変更となりました～

パソコンやスマートフォンで以下のＵＲＬまたは二次元コードからアクセスし、**健診の前日までにご回答**をお願いします。

（操作方法は別紙「 Web問診操作手順 」をご覧ください）

【URL】 https://www.aitel-reservation.jp/nisseki-kenkan/

ログインユーザID・パスワード

ユーザID	99999999
パスワード	Ab12345678

半角英数字

㊙ 健 康 診 断 確 認 票

＜ 以下の問診（記述式）はご記入をお願いします ＞

安心・安全な検査実施のため、**健康診断当日の状況**をありのままご記入ください。用紙は機械で読み取るため黒鉛筆で濃く記入し、間違いは消しゴムを使用してください。該当するものに レ点チェック または 数字 をご記入ください。

1．健診当日の自覚症状　☐ あり　☐ なし

2．1で「あり」と答えた方　☐ 37度以上の熱がある　☐ 咽頭痛　☐ 咳　☐ 胸痛　☐ 頭痛・頭が重い（※常用している鎮痛剤がある方はお持ちください）　☐ 腹痛

3．最後に飲食したのはいつですか（水・必要な薬は除く）　☐ 昨日　☐ 今日　最後に飲食した時刻　　時　　分　（例　夜7時30分 → 19時30分　1 9 時 3 0 分）

4．便通はどうですか　　日に　　回　　最終排便日　　月　　日

5．「はい」か「いいえ」を必ず全てご記入ください。

1）血圧を下げる薬を内服していますか。　☐ はい　☐ いいえ

2）インスリン注射又は血糖を下げる薬を内服していますか。　☐ はい　☐ いいえ

3）コレステロールや中性脂肪を下げる薬を内服していますか。　☐ はい　☐ いいえ

4）医師から、貧血といわれたことがありますか。　☐ はい　☐ いいえ

5）以下の病気にかかっていると言われたり、治療を受けていますか。　☐ はい　☐ いいえ

脳卒中（脳出血・脳梗塞等）、心臓病（狭心症・心筋梗塞等）、腎臓病（慢性腎臓病等）

6．現在治療中または経過観察中の病気、過去に治療した病気をご記入ください。

センター使用欄	病　名	治療方法（右枠から数字を□にご記入ください）	発症年齢
	記入例）　高血圧	内服中（〇〇病院）	1　5　1　歳
			歳
			歳
			歳
			歳

治療方法

1.現在治療中（内服を含む）
2.主治医指示のもと経過観察中（検査のみ）
3.手術後治療中又は経過観察中
4.手術した
5.内視鏡下切除
6.過去に治療した
7.放置
8.精密検査後治療不要または異常なし

7．**※女性の方のみ**

月経中ですか　2 ☐ 月経中　1 ☐ 月経中ではない　3 ☐ 閉経した　　歳

4 ☐ 分娩後　　月出産

最終の月経期間（閉経されている方は記入不要）

20　　年　　月　　日から　20　　年　　月　　日まで

妊娠について　5 ☐ 妊娠中　6 ☐ 妊娠の可能性がある　☐ 妊娠の可能性はない