

# 医療機関利用及びツアー申込書

|     |                             |     |  |
|-----|-----------------------------|-----|--|
| 申込日 | 年            月            日 | 受付者 |  |
|-----|-----------------------------|-----|--|

|           |  |  |  |         |                          |   |   |   |
|-----------|--|--|--|---------|--------------------------|---|---|---|
| フリガナ      |  |  |  | 性別      | 生 年 月 日                  |   |   |   |
| NAME      |  |  |  |         | 西暦                       | 年 | 月 | 日 |
| 受診者<br>氏名 |  |  |  | 何れかに○   | (満                    才) |   |   |   |
|           |  |  |  | 男・女     | パスポート番号                  |   |   |   |
| 住所        | (〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ) |  |  |         |                          |   |   |   |
| TEL(自宅)   | (            ) -   |  |  | TEL(携帯) | (            ) -         |   |   |   |
| FAX(自宅)   |  |  |  | E-MAIL  | @                        |   |   |   |

|            |           |    |            |           |
|------------|-----------|----|------------|-----------|
| 同伴者①<br>氏名 | (フリガナ)    | 続柄 | 同伴者②<br>氏名 | (フリガナ)    |
|            | (パスポート番号) |    |            | (パスポート番号) |

|   |              |
|---|--------------|
| 利 用 目 的 (該当する事項を○で囲む)                     | ①予防医療の希望検査機関 |
| ① 予防検査医療<br>(各種健康診断・PET/CT検査・人間ドック)       | 第1希望         |
| ② 日帰りオペ<br>(ヘルニア・白内障・胆石・痔・下肢静脈瘤など)      ⇨ | 第2希望         |
| ③ 治療・手術                                   | 第3希望         |
| ④ 再生医療(幹細胞による治療)                          | その他希望        |
| ⑤ 美容(美容外科手術・美容施術)                         |              |

|            |                     |                                    |
|------------|---------------------|------------------------------------|
| 滞 在<br>期 間 | 月            日 中国発～ | 月            日 日本発 (            泊) |
|------------|---------------------|------------------------------------|

・日本への航空券手配 (何れかを○で囲む) 1.個人で手配する 2.松原教育企画に手配を依頼する

|           |    |   |   |                   |
|-----------|----|---|---|-------------------|
| 航空券<br>手配 | 往路 | 月 | 日 | (            空港発) |
|           | 復路 | 月 | 日 | (            空港発) |

・日本での宿泊手配 (何れかを○で囲む) 1.個人で手配する 2.松原教育企画に手配を依頼する

|            |                  |                                |
|------------|------------------|--------------------------------|
| 宿 泊<br>手 配 | 月            日 ～ | 月            日 (            泊) |
|------------|------------------|--------------------------------|

・日本での交通手配 (何れかを○で囲む) 1.個人で手配する 2.松原教育企画に手配を依頼する

# 問診票および要望事項記入書

|     |   |   |   |
|-----|---|---|---|
| 記入日 | 年 | 月 | 日 |
|-----|---|---|---|

|           |  |       |      |   |   |
|-----------|--|-------|------|---|---|
| フリガナ      |  | 性別    | 生年月日 |   |   |
| NAME      |  |       | 西暦   | 年 | 月 |
| 受診者<br>氏名 |  | 何れかに○ | (満才) |   |   |
|           |  | 男・女   | ご職業  |   |   |

該当するものすべてに☑

|  |   |
|--|---|
| <b>自覚症状</b>  | <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 肩こり <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 耳鳴り <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 息切れ<br><input type="checkbox"/> 胸焼け <input type="checkbox"/> 顔や手足のむくみ <input type="checkbox"/> のどが渇く <input type="checkbox"/> 手足のしびれ <input type="checkbox"/> 腰痛<br>その他・具体的に[ ]  |
| <b>現在もっている病気</b><br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり              | <b>病名</b> <input type="checkbox"/> ヘルニア <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 胆石 <input type="checkbox"/> 痔 <input type="checkbox"/> 下肢静脈瘤<br><input type="checkbox"/> 脳卒中（脳出血、脳梗塞等） <input type="checkbox"/> 心疾患（狭心症、心筋梗塞等） <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病<br><input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> コレステロール・中性脂肪が高い<br><input type="checkbox"/> 尿酸が高い <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> その他[ ]<br>具体的に（いつから発症または治療を開始したかをお書きください。）<br>[ ] |
| <b>現在飲んでいる薬</b><br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり               | <b>薬のなまえ</b><br>[ ]   |
| <b>過去にかかった病気</b><br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり              | <b>病名</b> <input type="checkbox"/> 脳卒中（脳出血、脳梗塞等） <input type="checkbox"/> 心疾患（狭心症、心筋梗塞等） <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 胆石<br><input type="checkbox"/> 胃・十二腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 虫垂炎（盲腸） <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 気胸 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 尿管結石 <input type="checkbox"/> 腎疾患<br><input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他[ ]<br>具体的に（いつ、どのような治療～手術を行ったかをお書きください。）<br>[ ]  |
| <b>家族の既往歴</b><br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                 | <b>病気のあった家族</b> （○で囲んでください）・・・父・母・兄・弟・姉・妹<br><b>病名</b> <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> コレステロール・中性脂肪が高い <input type="checkbox"/> 尿酸が高い    その他[ ]  |
| <b>薬・食べ物のアレルギー</b><br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり            | <b>該当する薬や食べ物のなまえ</b><br>[ ]   |
| <b>喫煙</b>  | <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う（1日平均 本）<br><input type="checkbox"/> やめた（ 歳～ 歳まで吸っていた 1日平均 本× 年間）  |
| <b>飲酒</b>  | <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む <input type="checkbox"/> やめた（ 歳～ 歳まで飲んでた）<br>飲酒回数： <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 週（ ）日 <input type="checkbox"/> 毎日<br>平均飲酒量/日    ビール中ビン（500ml）換算 <input type="checkbox"/> 1本以下 <input type="checkbox"/> 2本以下 <input type="checkbox"/> 3本未満 <input type="checkbox"/> 3本以上   |
| 女性の方のみお答えください。 現在妊娠中および妊娠している可能性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |   |

|             |  |
|-------------|--|
| <b>要望事項</b> |  |
|-------------|--|