

血管ドック（塩分診断）

受付番号

受診日：令和 年 月 日

血管ドック検査にて下記項目が必要事項となります。

どこか一日の食事内容を できるだけ詳しく ご記入していただき、当日ご持参ください。

氏 名： _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日生（ _____ 歳）

朝 食

昼 食

夕 食

間 食