

健診受付および問診票

令和 年 月 日

※企業健診の方 会社名()

フリガナ お名前		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日(歳)	性別 男・女
ご住所	(〒 -)			
電話番号	自宅:TEL ()	携帯:TEL ()		

* 必ず、緊急時にご連絡が取れる電話番号をご記入ください。

・現在、他の病院で治療を受けていますか？(お薬をのんでいますか？)

いない ・ いる → (病名:)
 飲んでいるお薬 (薬名:)
 健康補助薬品(サプリメント等)の内服 無 有(薬名)

・今までにかかった病気を○で囲んでください。

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 脂肪肝 ・ 心臓病 ・ 心筋梗塞 ・ 不整脈 ・ 脳梗塞
 前立腺肥大 ・ 癌 ・ 喘息 ・ 痛風 ・ リウマチ ・ アトピー ・ 自律神経失調症 ・ うつ
 緑内障 ・ 婦人科疾患() ・ その他()

・今までに手術をされた方は病名と年齢をご記入ください。

病名() 年齢(歳)

・血縁の方(父・母・祖父・祖母・兄弟)で下記のような病気をされた方がいたら記入ください

高血圧 (誰が?)
 脳卒中 (誰が?)
 心臓病 (誰が?)
 ガン (誰が? 部位)
 糖尿病 (誰が?)
 片頭痛 (誰が?)
 婦人科疾患 (誰が? 病名)
 その他 (誰が? 病名)

・職歴 (企業健診の方)

*前業務: 営業 事務 販売 学生 なし その他()

*現業務: 営業 事務 販売 その他()

・食物・薬剤・その他アレルギーはありますか？

ない ・ ある → どんなものに?()
 どのような症状ですか?()

・最終食事時間(ジュース・ガム・アメなども含む)は何時ですか？

日 時

・お酒は飲まれますか？ タバコは吸われますか？

飲まない ・ 飲む → (週・月に 回くらい)
 吸わない ・ 吸う → (1日約 本 年間)
 ・ 以前は吸っていた→(歳まで 年間 1日 本)

・現在妊娠していますか？

ない ・ ある → (ヶ月) ・ 可能性あり → (最終月経 月) ・ 授乳中

・現在生理中ですか？

いいえ ・ はい→(日目)

・最後にどちらで当院をお知りになりましたか？

紹介(様) ・ パンフレット ・ ホームページ ・
 天王洲アイルにお勤め(会社名) ・ 自宅に近い ・ その他()