

健診受付および問診票

※企業健診の方 会社名()

令和 年 月 日

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日(歳)	性別 男・女
お名前	(<u> </u> - <u> </u>)			
ご住所				
電話番号	携帯:TEL ()	勤務先: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？(お薬を処方されていますか？)

ない いる → (病名:)
処方されているお薬 (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)※その他に記入される場合は職種の記入をお願いします。会社員・公務員・施設名等の記入不可。

*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	1日	合	年間)
吸わない	吸う(紙・電子)	→ (1日約	本		年間)	
	以前は吸っていた(紙・電子)	→ (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()