

# 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		明・大・昭・平	性別
お名前	生年月日	年 月 日( 歳)	男・女
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？)  
 いない ・ 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 )
- ・今までに健診で再検査や2次健診と指摘された項目はありましたか。  
 いいえ ・ はい → (項目: )
- ・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)※そのほかに記入される場合は職種を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
- ・お酒は飲めますか？ 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( )