

健康診断問診票 (1)

検温 : _____℃

フリガナ

お名前 : _____ (男・女・その他)

Name : _____ Passport No. : _____

生年月日 : _____年 _____月 _____日 年齢 : _____歳

住所 : 〒 _____

Address : _____

自宅 : _____ 携帯 : _____

勤務先 : _____ 勤務先 TEL : _____

1. ご希望のコースに☑をつけてください。

雇入時 定期 A 定期 B 定期 C

追加オプション (_____)

2. 業務歴はありますか。

はい ・ いいえ

仕事内容 (_____) 期間 _____年 _____ヶ月

3. 自覚症状について当てはまるものに☑をつけてください。

動悸 息苦しい

頭痛 肩こり

めまい 耳鳴り

倦怠感 息切れ

胸焼け 顔や手足のむくみ

のどが渇く 手足のしびれ

腰痛 特になし

その他 (_____)

4. 現在持っている病気はありますか。

脳卒中 (脳出血、脳梗塞等) 心疾患 (狭心症、心筋梗塞等) 緑内障

高血圧 糖尿病 貧血 不整脈 骨粗鬆症 がん アトピー

コレステロール・中性脂肪が高い 尿酸が高い 骨粗鬆症 精神疾患

その他 (_____)

5. 現在服用している薬はありますか。

はい ・ いいえ 薬の名前 (_____)

健康診断問診票 (2)

6. 今までにかかった病気や治療中の病気があれば、をつけてください。

- 脳卒中（脳出血、脳梗塞等） 心疾患（狭心症、心筋梗塞等） 不整脈
 貧血 痛風 胆石 胃・十二指腸潰瘍 虫垂炎（盲腸） がん
 肺炎 気胸 喘息 尿管結石 腎疾患 精神疾患 骨折 なし
 その他（ ）

7. 家族の既往歴はありますか。

はい ・ いいえ

病気のあった家族（続柄をお書きください） → （ ）

- 病名 高血圧 糖尿病 心疾患 不整脈 がん 結核 精神疾患
 コレステロール・中性脂肪が高い 尿酸が高い
 その他（ ）

8. アレルギー体質はありますか。

はい ・ いいえ 何のアレルギーですか（ ）

9. タバコは吸いますか。お酒は飲みますか。

タバコ： はい ・ いいえ （ 本数 日）

お酒： はい ・ いいえ

10. （女性の方）妊娠の可能性はありますか。

はい ・ いいえ ・ 分からない

11. 当クリニックをお知りになったきっかけを教えてください。当てはまるものにをつけてください。

- 近所に在住 勤務先が近い ホームページ 入口の表示を見て
 パンフレット・チラシ 家族の紹介 知人の紹介 他院の紹介
 SNS その他（ ）

ご協力頂きありがとうございました