

《健康診断問診票》

企業名

ID

受診日：平成

年

月

日

フリガナ		性別	生年月日		
氏名		男 女	昭和 平成	年	月 日
住所	〒				
電話番号	自宅	携帯			
質問事項			回答	医師記入	
今までに有害業務に従事したことはありますか？			はい ・ いいえ		
現在、ご勤務はされておりますか？			はい ・ いいえ		
※「はい」とお答えした方への質問です。職種をご記入ください。 ()					
今までに病気にかかったことはありますか？			はい ・ いいえ		
※「はい」とお答えした方への質問です。該当する病名に○をつけてください。					
心臓病	脳卒中	高血圧	糖尿病	脂質異常症	腎臓病
痛風	胆石	貧血	肝臓病	胃潰瘍	十二指腸潰瘍
眼科疾患	→ 病名をご記入ください ()				
婦人科疾患	→ 病名をご記入ください ()				
前立腺疾患	→ 病名をご記入ください ()				
がん疾患	→ 病名をご記入ください ()				
その他	→ ()				
今までに手術をした事がありますか？			はい ・ いいえ		
※「はい」とお答えした方への質問です。手術をした病名や部位をご記入ください。 ()					
現在、服薬していますか？			はい ・ いいえ		
※「はい」とお答えした方への質問です。薬剤名をご記入下さい。 ()					
喫煙歴はありますか？			はい ・ いいえ		
現在、喫煙をしていますか？			はい ・ いいえ		
※「はい」とお答えした方への質問です。喫煙期間中の本数と年数をご記入ください。 1日 (本) 年数 (年)					
☆女性の方へ質問です					
現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか？			はい ・ いいえ		
現在、生理中ですか？			はい ・ いいえ		

クリニック記入欄

受付

会計

総合クリニック ドクターランド船橋