

《健康診断問診票》

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」とお答えした方への質問です。職種をご記入ください。 ()	はい ・ いいえ	
今までに病気にかかったことはありますか？ ※「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 → ()	はい ・ いいえ	
今までに手術をした事がありますか？ ※「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。 ()	はい ・ いいえ	
現在、服薬していますか？ ※「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。 ()	はい ・ いいえ	
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」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)	はい ・ いいえ	
☆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
----------	----	----