

# 健診問診票

ID:

受診日 年 月 日

ふりがな		性別	男性 ・ 女性
お名前	様	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平
			年 月 日 歳
ご住所	〒		
連絡先	電話:	携帯:	

- 何か自覚症状はありますか？  
いいえ ・ はい ( )
- 現在、通院中の病気がありますか？  
いいえ ・ はい (病名: )
- 現在、内服しているお薬がありますか？  
いいえ ・ はい (薬品名: )
- お薬や食べ物などでアレルギーが出たことがありますか？  
いいえ ・ はい (何で: どのような: )
- たばこは吸いますか？  
いいえ ・ はい ・ 以前吸っていた ( 本 / 日 年間 )
- お酒は飲みますか？  
いいえ ・ はい (何を: どの位の量 どのペースで: )
- ここ2~3年の間で急激な体重の増減がありましたか？  
いいえ ・ はい ( kg位 増えた ・ 減った )
- 今までに入院するような病気にかかったことがありますか？  
いいえ ・ はい (病名: : 歳)
- 今までに手術を受けたことがありますか？  
いいえ ・ はい (病名: : 歳)
- 女性の方にお伺いします。  
現在、妊娠中 または 授乳中ですか？  
いいえ ・ はい ( 妊娠の可能性がある ・ 妊娠中である ・ 授乳中である )
- その他、医師へお伝えしたいことがあればご記入ください。

ご来院のきっかけは何ですか？

ホームページ ・ ご紹介 ( 様 ) ・ 看板 ・ その他 ( )

問診は以上です。おつかれさまでした。