

# 【健康診断問診票】

受付日： 年 月 日

■受診者	フリガナ	男	生年月日	
	お名前	女	明・大・昭・平	年 月 日
■現住所	〒			
電話番号	( )	携帯電話	( )	
●当院は初めてですか？ <input type="checkbox"/> 来たことがある <input type="checkbox"/> 初めて				
●領収書について… <input type="checkbox"/> 個人名で良い <input type="checkbox"/> 法人名(手書き)【				
■健診内容/他	健康診断 A ・ B コース… HbA1C あり ・ なし その他( ) 指定用紙 あり ・ なし ( )部			
20歳以降の 最高体重： ( ) kg 最低体重： ( ) kg				
■食欲	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> むらがある	
■便通	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 下痢気味	<input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 不規則
■睡眠	<input type="checkbox"/> よく眠れる	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 不眠がち	
■女性の方は 記入して下さい	月経：正・不正	今：月経中・否	妊娠中：はい・いいえ	→ 妊娠 ヶ月
	妊娠の可能性：ある・ない		授乳中：はい・いいえ	→ 産後 ヶ月

薬や注射による副作用  ない  ある (薬品名/症状： )

アレルギー  ない  ある 鼻炎・花粉症・アトピー性皮膚炎・気管支炎・金属アレルギー・じんま疹・動物・食物 (具体的に： )

今までの病気が・手術  ない  ある (病名/いつ頃 )

輸血を受けた事  ない  ある (いつ頃 )

家族の病気  ない  ある 高血圧・高脂血症・糖尿病・痛風・脳卒中・狭心症/心筋梗塞・大腸癌・うつ・その他 ( )

心不全の診断を受けた事がありますか？  ない  ある

尿が出なくなった事がありますか？  ない  ある

緑内障/眼圧が高いと言われた事がありますか？  ない  ある

定期的な健康診断/人間ドック  ない  ある (異常項目があった方： )

他の医療機関で治療中の病気  ない  ある (医療機関名/症状 )

現在服用中のお薬、サプリメント  ない  ある (薬品・商品名： )

喫煙  ない  ある 1日 ( ) 本 ( ) 年間 禁煙中 ( ) 才～

飲酒  ない  ある (種類： 量： ml/日・ 回/週)

障害  ない  ある (視力・聴力・運動・その他 )