

健康診断問診票

ID: _____

フリガナ _____

氏名 _____

生年月日 T・S・H 年 月 日

会社名 _____

職種 _____

【現在、健康面で心配なことがありますか？】 ない ・ ある

ある場合は、具体的な内容を記載してください。

()

【現在、医療機関で治療を受けているものがありますか？】 ない ・ ある

ある場合は、疾患名と内服薬の名前を記載してください。

疾患名()

お薬の名前()

【過去、入院するような病気はありますか？】 ない ・ ある

ある場合は、入院した年、病名を記載してください。

()

【血縁関係のある家族の中で以下のような病気に罹った方がいますか？】 いない ・ いる

いる場合は該当する疾患に「○」をつけてください。

・高血圧 ・糖尿病 ・脂質異常症 ・がん ・心臓病 ・脳血管障害 ・結核 ・その他()

【生活習慣について】

喫煙習慣はありますか？ ない ・ ある(本/日、喫煙を始めて 年間)

飲酒習慣はありますか？ ない ・ ある(種類:ビール、ワイン、焼酎、その他)

(飲酒量: /日、休肝日 日/週)

運動習慣はありますか？ ない ・ ある(運動の種類: 頻度: 回/週)

【女性の方のみ】

現在、生理中ですか？ いいえ ・ はい ・ 閉経

最終月経は... 年 月 日から 月 日まで

妊娠の可能性は、 なし ・ あり

【当クリニックの健診をどのように知りましたか？】

・ 会社の紹介 ・ 海外勤務健康管理センターを過去受診していた ・ 横浜労災病院からの紹介

・ インターネット ・ 知人の紹介 ・ その他()

