

健康診断問診票

令和 年 月 日

ふりがな 患者氏名			携帯番号	
			自宅番号	
生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日生
性別	男・女	年齢	歳	住所

■自覚症状はありますか？

なし	あり	<input type="checkbox"/> 動悸	<input type="checkbox"/> 息切れ	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> その他
		<input type="checkbox"/> めまい	<input type="checkbox"/> 耳鳴り	<input type="checkbox"/> 肩こり	<input type="checkbox"/> 腰痛	
		<input type="checkbox"/> 胸やけ	<input type="checkbox"/> むくみ	<input type="checkbox"/> 手足のしびれ		

■現在治療中の病気・ケガがありますか？

なし	あり	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 高脂血症	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> その他 (受診機関名)
		<input type="checkbox"/> 高尿酸血症	<input type="checkbox"/> 腎臓病	<input type="checkbox"/> 肝臓病	
		<input type="checkbox"/> 脳血管障害	<input type="checkbox"/> 心疾患	<input type="checkbox"/> 緑内障	

■現在飲まれているお薬はありますか？

なし	あり	お薬の内容を記入してください。またはお薬手帳を提出してください。
----	----	----------------------------------

■今までに大きな病気・ケガをされましたか？また、手術を受けた病気はありますか？

なし	あり	いつ頃、どんな病気・ケガでしたか？			
		①	②	③	④
		医療機関名	医療機関名	医療機関名	医療機関名

■アレルギーについて記入してください

なし	食物アレルギー	薬剤アレルギー	その他のアレルギー
	(原因食物：)	(原因薬剤：)	(原因：)

■生活習慣について記入してください

1年以内に健康診断を受けていますか？ はい ・ いいえ

定期的に歯科受診をしていますか？ はい ・ いいえ

喫煙 していない ・ 以前していた ・ 今もしている 1日()本を()年間

飲酒 飲まない ・ 以前飲んでいた ・ 今も飲んでいる 1日量()を週()日

運動 していない ・ している (何を1日どのくらい)

睡眠 良好 ・ 寝つきが悪い ・ 途中で起きる ・ 早く目が覚める

食事 3食規則的に食べる ・ 朝食を食べない ・ 昼食を食べない ・ 夕食を食べない ・ 時間が不規則

■身内の方の病歴を教えてください(例：父/糖尿病 母/高血圧症 など)

■女性の方のみご記入ください。

妊娠はしていますか？ していない ・ している ・ している可能性がある

授乳はしていますか？ していない ・ している

生理中ですか？ いいえ ・ はい

*当院では個人情報患者様への医療サービスの提供を目的として利用させていただいております。なお、患者様に安心して医療を受けていただくために個人情報の取り扱いには、万全の体制で取り組んでおります。

*当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得、活用するためマイナ保険証のご利用にご協力ください。

