

《 健診用問診シート 》

年 月 日

フリガナ お名前		男 ・ 女	生年月日 年 月 日 才
ご住所	〒 _____	電話 (連絡先)	() —

1. 現在、治療中の病気はありますか？
年 月頃から 病名：
2. 今までに何か大きな病気で治療を受けたことがありますか？
ない ・ ある☆ 病名：
3. 現在、飲んでいるお薬はありますか？
ない ・ ある☆ 薬名：
4. 食事をとってから何時間たっていますか？
食後 12 時間以上 ・ 食後 () 時間
5. お酒は飲みますか？
飲まない ・ 飲む (回/週) 1 回の種類と量は？ ()
6. たばこは吸いますか？
吸わない ・ 吸う (歳頃から 1 日 本ぐらい)
7. 女性のみお答えください。
前回の月経は？ 月 日から 日間 (定期・不定期) ・ 閉経： 歳
現在妊娠していますか？ はい (ヶ月) ・ いいえ
8. 当院を来院されたきっかけを教えてください。 1 インターネット 2 駅広告
3 知人の紹介 () 4 先生の紹介 () 5 その他 (通りがかり、)

以下スタッフ記入欄

尿検査

身体計測【 身長 () cm 体重 () kg 腹囲 () cm 】

視力【 右 () 左 () 】

聴力【 NP ・ 右 () 左 () 】

血圧 (/) mmHg

採血

心電図

胸部レントゲン

診察