

健康診断 問診票

受診日 令和 年 月 日

ふりがな

氏名 _____ 様 (_____ 歳)

住所 _____ 電話番号 _____

生年月日 T・S・H 年 月 日 男性・女性

1) 体調面で気になる事はありますか？

2) 現在治療中の病気はありますか

- ある→ (_____)
ない

3) 今までに大きな病気（手術）をされたことがありますか

- ある→ (_____)
ない

4) 現在、服用されている薬があればお書きください

(_____)

5) 薬や食べ物で蕁麻疹がでた事やアレルギーはありますか

- ある→*薬（注射）の名前、食べ物の名前 (_____)
ない

6) 喫煙 ある ない やめた (_____ まで吸っていた)

1日平均 (_____) 本 × (_____) 年間

7) 飲酒 ある ない やめた (_____ まで飲んで)

飲酒回数 時々 週 (_____) 日 毎日

平均飲酒量/日 1合未満 2合未満 3合未満 3合以上

*清酒1合(180ml)の目安：ビール中瓶1本(500ml)、焼酎35度(80ml)、

ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)

8) 女性の方のみご記入下さい

現在妊娠中ですか はい いいえ

不妊治療中ですか はい いいえ

現在生理中ですか はい いいえ

9) 当院を何で知られましたか

- インターネット 看板（通りすがり） 他院からの紹介
知人からの紹介 新聞広告 その他 (_____)

10) 当院までの交通手段は何ですか

車 電車 バス 自転車 徒歩 その他

11) 本日の尿検査で潜血が陽性であった場合、当院でスクリーニング検査を受けることができます。

追加でエコー検査と尿精密検査と腹部レントゲンを受けられますか？

- はい いいえ