健康診断問診票

ふりがな		昭和・平成　　年　　月　　日　　歳	
氏名	男・女		
住所	〒　　－	電話番号	
会社名			

・タバコは吸いますか？(　　)本・箱 / 日 ・ 吸わない ・ 喫煙歴あり (　　)歳まで吸っていた

・お酒は飲みますか？　☐ のまない　☐ のむ (　　)

記入例：週2回 ビール350ml 2本

・現在、気になる症状などがあればご記入ください

・今まで(または現在)病気やけがで治療・手術を受けたことがありますか？　ある ・ ない

(”ある”にあてはまる方は、その当時のご年齢と病名をご記入ください。)

・家族歴：両親・兄弟(血縁関係)に下記病気の方はいますか？

高血圧 ・ 心臓病 ・ 脳卒中 ・ 糖尿病 ・ がん (部位：　　)

・現在飲まれている薬はありますか？　ある ・ ない

(”ある”にあてはまる方は、お薬名をお書きください。お薬手帳をお持ちの方は受付へご提出ください。)

・薬・注射・食べ物などでアレルギー症状が出たことがありますか？

ある (薬品名・食品名　　) ・ ない

※女性の方は必ずご記入お願いします。

◎ 妊娠中(　　)週目　授乳中(　　)

◎ 妊娠の可能性が → ある ・ 不明 ・ ない

◎ 閉経(　　)歳

おく内科消化器クリニック