

検診用 問診票

No. _____
西暦 年 月 日

ふりがな		男・女	職業
お名前			
生年月日	西暦 年 月 日 歳		
住所	〒 _____		
電話番号	携帯 ()	ご自宅 ()	

1. 検診に必要な項目ですのでご記入をお願いします

①タバコを吸いますか？

1) 吸う

2) 以前は吸っていた(歳まで)

* 吸う又は吸っていた方は記入
1日に 本 / 喫煙した年数 年間

3) 吸わない

②既往歴

今までの大きな病気・ケガ・手術等

③業務歴 (現在のお仕事に就く前の職業)

④今、具合の悪いところがありますか？

1. あり 病状(

2. なし

2. 下記の病気にかかったことはありますか？

- | | | | |
|------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 高脂血症 | <input type="checkbox"/> 痛風 |
| <input type="checkbox"/> 心臓病 | <input type="checkbox"/> 腎臓病 | <input type="checkbox"/> 肝臓病 | <input type="checkbox"/> 喘息 |
| <input type="checkbox"/> 脳卒中 | <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気 | <input type="checkbox"/> 緑内障 | <input type="checkbox"/> その他() |

3. 現在、飲んでいるお薬はありますか(サプリメント含む)

はい ・ いいえ

お薬手帳がある方は当日ご持参ください
あればその薬剤名 ()

4. 薬の副作用を経験したことがありますか

ある ・ いいえ

あればその薬品名 ()

5. 女性の方

現在妊娠されてますか
現在授乳されてますか

はい ・ いいえ
 はい ・ いいえ

6. 当院を受診されたきっかけは

- インターネット タウンページ・広告・チラシ 自宅から近い・通り道
 会社の検診 紹介・どなたのご紹介ですか()

7. 処方薬はジェネリック(後発品)を希望されますか？ はい ・ いいえ ・ Dr.の指示通り

保)返却

はまくぼクリニック