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　（　　）		

↓ 1～3の質問は証明書に記載されますのでお間違えないようにお願いいたします。

1.検診に必要な項目ですのでご記入お願いします

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？

□高血圧　□糖尿病　□高脂血症　□痛風
□心臓病　□腎臓病　□肝臓病　□喘息
□脳卒中　□甲状腺の病気　□緑内障　□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　□はい　・　□いいえ
現在授乳されてますか　□はい　・　□いいえ

6.当院を受診されたっきかけは
□インターネット　□タウンページ・広告・ちらし　□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