健康診断問診票（上豊田駅前クリニック）

年　月　日

ふりがな

氏名　　生年月日 昭 平 令　年　月　日（　歳）男・女

〒

住所　　ＴＥＬ(携帯・自宅)

※今日、食事をしましたか　□いいえ　□はい　（　時頃）

該当する□に✓(チェック)してください

業務歴　□事務職　□技術職　□美容関係　□介護職　□医療関係
□警備関係　□無職　□その他(　)

今日、体に具合の悪いところはありますか　□はい【　】
□いいえ

現在、病気にかかっていますか　□はい　□高血圧　□糖尿病　□脂質異常症　□高尿酸血症・痛風
□心疾患(狭心症・不整脈・心筋梗塞等)
□脳卒中(脳出血・脳梗塞等)
□癌【胃・大腸・肺・乳・子宮・前立腺・その他　】
□慢性腎不全(人工透析等)　□肝臓病　□膠原病
□胃・十二指潰瘍　□緑内障
□喘息　□アレルギー疾患(アトピー・蕁麻疹・花粉症)
□その他【　】
□いいえ

現在服用中のお薬(ｻﾌﾟﾘﾒﾝﾄ)の名前を教えてください【　】

過去に病気と指摘されましたか　□はい　□高血圧　□糖尿病　□脂質異常症　□高尿酸血症・痛風
□心疾患(狭心症・不整脈・心筋梗塞等)
□脳卒中(脳出血・脳梗塞等)
□癌【胃・大腸・肺・乳・子宮・前立腺・その他　】
□慢性腎不全(人工透析等)　□肝臓病　□膠原病　□肺結核
□胃・十二指潰瘍　□緑内障
□喘息　□アレルギー疾患(アトピー・蕁麻疹・花粉症)
□その他【　】
□いいえ

運動はしていますか　□いいえ　□はい　【□時々　□週　日　□毎日】

たばこを吸いますか　□いいえ　□はい　【１日　本】　□やめた【　年前】

お酒を飲みますか　□いいえ　□はい　【□時々　□週　日　□毎日】【酒量　】

女性の方のみお答えください

現在、生理中ですか　□はい　□いいえ

現在、妊娠の可能性はありますか　□はい　□いいえ

医師に伝えたい事がありましたらご記入ください

会社名の領収書が必要な方は会社名をご記入下さい

健康診断結果のお渡し方法について□に✓して下さい

□郵送

□電話連絡後受取り