

健康診断問診

フリガナ		記入日	
氏名	男 ・ 女	血液型	型
生年月日（西暦 年）	T・S・H・R	年	月 日 歳
住所 〒 ー	薬アレルギー	なし	・ ある（ ）
	食物アレルギー	なし	・ ある（ ）
電話番号	感染症	なし	・ ある（ ）
携帯番号	輸血歴	なし	・ ある（ 歳）
職業	家族構成		

この問診票は治療上必要となりますので、できる限り詳しくご記入ください。
 急性期以外の症状で来院された場合は、再度別の問診票をご記入いただきますので、
 ご了承ください。
 なお、この問診票による情報は当院以外では使用しません。

- 飲んでいる薬・サプリ （ ）
 （市販薬も含む） （ ）
- 飲酒 しない / する…週に 回
- 喫煙 しない / する…日に 本

●既往歴 下記の中でこれまでにかかったことのある病気に を入れてください。

	発症時期		発症時期
<input type="checkbox"/> 慢性疲労		<input type="checkbox"/> 高血圧症	
<input type="checkbox"/> 自律神経失調症		<input type="checkbox"/> 糖尿病	
<input type="checkbox"/> 起立性低血圧		<input type="checkbox"/> 肝臓病 （ ）	
<input type="checkbox"/> 花粉症・喘息		<input type="checkbox"/> 心臓病	
<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎		<input type="checkbox"/> 腎臓病	
<input type="checkbox"/> うつ病		<input type="checkbox"/> 胃潰瘍	
<input type="checkbox"/> 神経症		<input type="checkbox"/> 胃食道逆流症	
<input type="checkbox"/> 統合失調症		<input type="checkbox"/> がん 部位 （ ）	
<input type="checkbox"/> 不眠症		<input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 （ ）	
<input type="checkbox"/> 中耳炎・副鼻腔炎		<input type="checkbox"/> ヘルペス・带状疱疹	
<input type="checkbox"/> カンジダ感染		<input type="checkbox"/> その他	

●家族・血縁者のご病気 当てはまる項目を○で囲んでください。

	続柄	
脳卒中		脳梗塞・脳出血・くも膜下出血
高血圧症		
痛風・高尿酸血症		
肝臓病		B型肝炎・C型肝炎・肝硬変・肝臓癌・その他
腎臓病		I g A腎症・慢性腎炎・ネフローゼ・透析・その他
心臓病		心筋梗塞・狭心症・その他
糖尿病		母方・父方・兄弟姉妹
がん		部位（ ）
精神疾患		うつ病・躁うつ病・統合失調症・神経症
膠原病		
甲状腺疾患		バセドウ病・橋本病（慢性甲状腺炎）
その他		