

# 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  はい ・  いいえ  
現在授乳されてますか  はい ・  いいえ

6. 当院を受診されたきっかけは  
 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( )