健康診断時 問診票

NO　　受診日　　年　　月　　日

ふりがな 氏　名	さん	男 女	生年月日 昭和・平成　　年 月　日　生　　歳
〒（　　－　　） 住所			電話番号

1　今までに大きな病気をされたことがありますか？　　ある　・　ない

「ある」と答えられた方にお尋ねします。覚えている範囲で、詳細をお書きください。

病名（　　）

病気をされた時の年齢（　　）

どのような治療をされましたか（　　）

2　現在、治療中の病気がありますか？　　ある　・　ない

「ある」と答えられた方にお尋ねします。分かる範囲で、詳細をお書きください。

病名（　　）

治療内容（　　）

あれば、内服されているお薬の名前（　　）

3　現在、たばこを習慣的に吸っていますか？　　はい　・　いいえ

「はい」と答えられた方にお尋ねします。１日の喫煙量、喫煙年数をお書きください。

１日　（　　）本程度　　（　　）年間喫煙

4　お酒を飲む頻度、大体の飲酒量を教えてください。

全く飲まない　・　ほとんど飲まない　・　時々　・　毎日

大体の飲酒量　（　　）程度

5　睡眠で休息がとれていると感じますか？　　はい　・　いいえ

6　現在、気になる症状や調子の悪いところがありまあすか？　　はい　・　いいえ

「はい」と答えられた方にお尋ねします。それはどんな症状ですか？

（　　）

7　女性の方にお尋ねします。現在、妊娠されている可能性がありますか？

はい　・　いいえ

ありがとうございました。

のだ内科ファミリークリニック