

# 健康診断問診票

記入日 令和 年 月 日

フリガナ	生年月日	大・昭・平	年	月	日
氏名	性別・年齢	男	・	女	歳
〒	住所				
☎	携帯： - -	自宅：	( )		

当クリニックを知ったきっかけを教えてください

(ホームページ ・ 看板 ・ 広告 ・ 近所 ・ 知人 ・ 紹介状持参 )

(1)現在、他の病院で治療中の病気はありますか？

いいえ                      はい(処方されたお薬： )

(2)現在、服用しているお薬はありますか？

いいえ                      はい

『お薬手帳』をお持ちの方はお出し下さい。 ( )

(3)今までに入院や手術をするような病気をした事がありますか？

いいえ                      はい(病名 )

(4)薬や食べ物でアレルギー反応が出たことがありますか？

いいえ                      はい(薬名、食べ物名 )

(5)お酒を飲みますか？

いいえ                      はい ( 週 回 )

(6)たばこを吸いますか？

いいえ                      はい ( 1日 本 年前から)

(7)女性の方のみお答えください。(妊娠・授乳について)

なし                      妊娠中 ( カ月)                      可能性がある                      授乳中