

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： ()			

該当するものに○で囲んでください。

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(病名：)

(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

いなげファミリー内科クリニック