

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