ID

**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  ご氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年齢　　　　　歳　　　性別　　男　・　女  ご住所  〒　　　－　　　　 　　　　　　　　　　　　都/県/府/道　　　　　　　　　　区/市/町/村    お電話番号  携帯：　　　　　　－　　　　　－　　　　　　　　ご自宅：　　　　　－　　　　　－ |

**該当するものを〇で囲んでください。**

|  |
| --- |
| 当クリニックを知ったきっかけ（ホームページ　・　看板　・　広告　・　ご近所　・　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

**領収書の必要な方は、お宛名のご記入をお願いいたします。**

**お宛名**

**検査結果　　受診　／　郵送（84円）**

こいわファミリー内科