

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○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)