

問診票

フリガナ

氏名 男 平成
女 昭和 年 月 日生 (才)

〒 —

自宅住所 携帯 TEL — —
自宅 TEL () —

企業名 TEL () —

- これまでに当クリニックで健康診断を受診された事がありますか？
はい (年 月頃) いいえ
- 業務歴を教えてください。(例：営業職 etc :)
- 自覚症状はありますか？
なし ・ あり→ () →治療を希望されますか？
はい いいえ
- 現在、治療中の病気はありますか？
なし ・ あり→ ()
()
()
- 既往歴 (これまでに罹患した病気) はありますか？
なし ・ あり→ ()
()
()
- ご家族の方 (両親・兄弟等血縁者) の生活習慣病など既往歴を教えてください。
なし ・ あり→ ()
()

(食生活・嗜好品・運動について)

- バランスのとれた食事を取っていますか？ .. はい いいえ
- 味付け .. 薄い 普通 濃い
- 食べる量 .. 腹一杯食べる 腹八分食べる 極力ダイエットしている
- 煙草 (現在) .. すわない すう (1日約 本、喫煙歴 年) やめた (喫煙歴 年)
- アルコール .. ほとんど飲まない 週2~3回飲む ほぼ毎日飲む
種類: 量: ml・合 飲酒歴 年)
- 運動 .. よく運動している 時々している ほとんどしていない
- 健康食品 (サプリメントなど) の摂取 .. なし あり

(女性のみ)

- 生理中 .. はい いいえ
- 妊娠の可能性 .. はい いいえ
- 授乳中 .. はい いいえ

