

# 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

・ 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・祖父母など) の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