

健康診断問診表

健診日

フリガナ			生年月日	年齢	性別
氏名			S・H 年 月 日		
住所	(ご自宅の住所をご記入下さい。) 〒				
電話番号	(自宅・携帯)	会社名			

\*当クリニックに来院されたことはありますか？

ない ・ ある (S・H 年 月) 患者として・健診・その他

I 本日のお食事は？ 食べていない ・ 食べた (食後 時間)

II 今までにかかられた病気はありますか？ (手術、入院、長期治療を必要とした病気、けが)  
ない ・ ある (下記に年齢、病名をご記入ください)

--	--

III ご家族 (血縁) の方で下記の病気はありますか？ ない ・ ある

	高血圧	高脂血症	糖尿病	心臓病	肝臓病
どなたですか					
	腎臓病	脳の病気	肺の病気	悪性腫瘍	その他
どなたですか					

IV 生活状況

1、健康状態 ①自覚症状 ない ・ ある ( )

②治療中の病気 ない ・ ある ( )

③飲んでいる薬 ない ・ ある ( )

2、お酒 a, 飲まない  
b, たまに飲む → dへ d, 1回の飲酒量および種類  
c, 週 回飲む → dへ ( )

3、たばこ a, 吸わない。 止めた。  
b, たまに吸う → dへ d, 1日の本数と喫煙歴  
c, 吸う → dへ (1日 本 歳から)

V 女性の方、妊娠の可能性はありますか 生理中の方は何日目か記載ください  
ない ・ ある 生理 日目

お書きいただいた内容に関しては、個人情報保護法に基づき、当院内でのみ管理致します

渋谷道玄坂クリニック 03-3463-3636

クリニック使用欄 入社 入学 定期 他 血圧 ① ② ③ 尿蛋白 ( ) 糖 ( ) 潜血 ( ) 月経	アルコール綿 禁 医師所見
---	------------------