健康診断問診票

令和　　年　　月　　日

つるどめクリニック

フリガナ		生年月日	昭・平　　年　　月　　日
氏名		性別・年齢	男・女　　歳
住所	〒		
電話番号	自宅：　　-　　-　　携帯：　　-　　-		

該当する□に　☑　をお願いいたします

健診目的　□会社・学校の定期健診　□入社時・入学時健診　□その他

自覚症状　□　特になし　□　動悸　□　頭痛　□　肩こり　□　めまい　□耳鳴　□倦怠感
□　息切れ　□　胸やけ　□　顔・手足のむくみ　□　のどが渇く　□手足のしびれ　□　腰痛
その他・具体的に〔　　〕

現在治療中の病気
□　なし　□　あり→

病名　□　脳卒中（脳出血、脳梗塞等）　□　心疾患（狭心症、心筋梗塞等）
□　慢性腎不全（人工透析を受けた等）　□　貧血　□高血圧　□糖尿病
□　高脂血症　□　高尿酸血症　□　喘息　□　不整脈　□　癌
□　緑内障　□　骨粗鬆症　□　アトピー性皮膚炎　□　精神疾患
その他・具体的に（いつから発症または治療を開始したかをお書きください）
〔　　〕

現在飲んでいる薬
□　なし　□　あり→

薬の名前（具体的に～お薬手帳がある方はそちらをお見せください）
〔　　〕

過去に治療した病気
□　なし　□　あり→

病名　□　脳卒中（脳出血、脳梗塞等）　□　心疾患（狭心症、心筋梗塞等）
□　貧血　□　痛風　□　喘息　□　不整脈　□　癌
□　肺炎　□　気胸　□　胃・十二指腸潰瘍　□　胆石　□　虫垂炎(盲腸)
□　尿管結石　□　精神疾患　□　腎疾患　□　白内障　□　骨折
その他・具体的に（いつ、どのような治療～手術を行ったかをお書きください）
〔　　〕

喫煙　□　なし　□　あり　□　やめた（　　まで吸っていた）
1日平均　（　　）本　×　（　　）年間

飲酒　□　なし　□　あり　□　やめた（　　まで飲んでいた）
飲酒回数：　□　時々　□　週（　　）日　□　毎日
平均飲酒量/日（清酒換算）　□　1合未満　□　2合未満　□　3合未満　□3合以上
※清酒1合（180ml）の目安：ビール中瓶1本（500ml）、焼酎35度（80ml）、ウイスキーダブル1杯（60ml）、ワイン2杯（240ml）

※女性の方のみお答えください
・現在生理中ですか　□　はい　□　いいえ
・現在妊娠中もしくは妊娠の可能性がありますか　□　はい　□　いいえ