**健 康 診 断 用 問 診 票**

お名前：　　　 　　　 記入日：　　　 年 　 月 　日

性別：　　　　　年齢：　　　　　生年月日：　　　年　　月　　日

ご住所：〒

ご連絡先：℡　　　　　　　　　　　身長： ㎝　体重：　 ㎏

1. 業務歴のある方はご記入下さい（例　事務職　など）。
2. 体の調子が悪いところがあれば具体的にご記入下さい
3. 今までかかった病気や治療中の病気があればご記入下さい
4. 薬・食べ物のアレルギーがあればご記入ください
5. 現在　常用されている薬があればご記入ください

⑤喫煙状況についてご記入ください

□ 吸わない　□ 吸っている　（　　　本／日　　　年間）

□ 以前吸っていた（　　　本／日　　　才頃まで　　　年間）

⑥飲酒状況についてご記入ください

□ 飲まない　□ 飲んでいる（一日に飲む量　　　　 　 　　回／週）

□ 以前飲んでいた（　　　年前から禁酒した）

1. （女性の方）授乳中、もしくは妊娠されている可能性はありますか

* ある　　　□　ない

当院をどのようにお知りになられましたか？

* 近所・通り道　　□ ホームページ　　□　知人の紹介
* 医療機関の紹介（　　　　　　）□ その他（　　　　　　）