**健 康 診 断 用 問 診 票**  　記入日：　　　　年　　　月 　　　日

：　　　　　　　　　　　　　生年月日：　　　　年　　　月　　　日(　　才）

住所：〒

連絡先電話番号：

性別：　男性　・　女性　　　　身長：　　　　　 cm　　体重：　　　　　 kg

1. 業務歴はありますか（例　事務職　営業職　技術職　など）

なし　　ある

1. 現在体の調子が悪いところはありますか（具体的にご記入下さい）

なし　　ある

1. 過去の病気や手術、健康診断などで指摘された異常、現在治療中の病気は

ありますか　なし　　ある

1. 薬・食べ物・その他　アレルギーはありますか

なし　　ある

1. 現在 常用されている薬はありますか

なし　　ある

1. 眼鏡もしくはコンタクトレンズを使用していますか

なし　　あり

⑦　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）

⑧　飲酒状況についてご記入ください

□ 飲まない　□ 以前飲んでいた（　　　年前（　　　才頃）から禁酒）

□ 機会があれば飲む（機会飲酒）

□ 飲む（一日のお酒の種類と量　　　　　　　　　　　　　頻度　　回／週）

1. （女性の方のみお答えください）

生理中ですか　□ はい　□ いいえ　　授乳中ですか　□ はい　□ いいえ

妊娠されている可能性はありますか

□ なし　□ 可能性あり　□ 妊娠中（出産予定日　　　　年 　　月 　　日）

1. 受診時、最後にお食事をとられてから何時間たっているかご記入下さい

　　　　　　　　　時間

⑪　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（　　　　　　　　　）