

健診日 令和 年 月 日



内科・循環器内科・糖尿病内科

医療法人 井庭医院

健康診断 問診票

フリガナ 氏名 _____ 生年月日 大・昭・平 年 月 日
性別・年齢 男・女 _____ 歳

住所 〒 _____

連絡のつきやすい電話番号 _____ 携帯電話番号 _____

所属会社名 _____

◆ 今までのお仕事内容を記入してください(業務歴)

■ あなたの健康状態について記入してください

① 現在治療中の病気に○をつけてください

- | | | |
|--------------------|----------------|---------------|
| 1. 高血圧 (年ごろ) | 2. 糖尿病 (年ごろ) | 3. 肝臓病 (年ごろ) |
| 4. 心臓病 (年ごろ) | 5. 腎臓病 (年ごろ) | 6. 胃腸病 (年ごろ) |
| 7. 結核・胸膜炎 (年ごろ) | 8. リウマチ (年ごろ) | 9. 貧血 (年ごろ) |
| 10. 脳出血・脳梗塞 (年ごろ) | 11. ガン (年ごろ) | |
| 12. その他 () (年ごろ) | | |

② 今までにかかった病気に○をつけてください(既往歴)

- | | | |
|--------------------|----------------|---------------|
| 1. 高血圧 (年ごろ) | 2. 糖尿病 (年ごろ) | 3. 肝臓病 (年ごろ) |
| 4. 心臓病 (年ごろ) | 5. 腎臓病 (年ごろ) | 6. 胃腸病 (年ごろ) |
| 7. 結核・胸膜炎 (年ごろ) | 8. リウマチ (年ごろ) | 9. 貧血 (年ごろ) |
| 10. 脳出血・脳梗塞 (年ごろ) | 11. ガン (年ごろ) | |
| 12. その他 () (年ごろ) | | |

③ 内服中の薬があれば、下記に記載をお願いします

④ 今までけがや病気で手術を受けられたことがありますか？

はい (病名 手術名 ・ 年ごろ)

いいえ

⑤ 現在、ご自身のからだで気になる症状があれば下記に記入してください (自覚症状)

⑥ 今まで健診でなにか異常を指摘されたことはありますか？

はい

いいえ

⑦ たばこは吸われますか？

はい 1日 本 × 年間

いいえ

⑧ お酒は飲まれますか？

はい 種類 / 1日の量 本・合・ml

いいえ

⑨ 女性の方へ

現在妊娠していますか？ はい(妊娠 週) ・ いいえ

⑩ その他なにかお伝えしたい事があれば下記に記入してください



内科・循環器内科・糖尿病内科

医療法人 井庭医院