

体温：℃

## 健康診断問診票

このたびは当院にて健康診断をご利用いただきまして誠にありがとうございます。  
健診を行うにあたって、以下の質問にお答えいただけますよう、お願い申し上げます。  
又、個人情報の保護にあたり、当院においては健康診断の目的以外で使用することは致しません。  
ご了承ください。

受診日 年 月 日

ID

フリガナ

氏 名 企業 名

生年月日 (和暦) S・H 年 月 日 ( 歳) 性別 男・女

〒

住 所 電 話 (自宅・携帯)

\*新型コロナウイルス・インフルエンザ感染者などの疑わしい方との接触はありますか? ・ある ・ない

・ 職業の種類や仕事の内容についてご記入ください。

1) 会社員 2) 自営業 3) 無職 4) 専業主婦 5) その他  
仕事の内容 ( )

・ 今までに病気・入院・手術をしたことがあればご記入ください。

1. ない 2. ある ( )

・ 現在、治療中の病気、服用中の薬があればご記入ください。

1. ない 2. ある (病名 )  
(薬の名前 )

・ 女性の方のみお答えください。

現在妊娠中および妊娠の可能性ありますか。

1. ある 2. ない

・ 最後に食事を摂ってからどのくらい時間が経過していますか?

1. 食後 時間 2. 空腹

・ 現在、調子の悪い事や気になる事があればご記入ください。

( )

・ 当院への受診歴は、ありますか。

1. ない 2. ある