

KT: °C

健康診断問診票

ID: _____

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

フリガナ

氏 名

企 業 名

生年月日 (和暦) S・H 年 月 日 (西暦) (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

・生活習慣について、該当する項目に○をつけてください。

食生活について 1. 不規則 2. 塩分が多い 3. 糖分が多い 4. 香辛料を好む 5. コーヒーを好む

飲酒について 飲酒の有無 1. 毎日飲んでいる 2. 時々飲む 3. 飲まない

飲酒量 (1日平均) 1. 1合未満 2. 1～2合 3. 2～3合 4. 3合以上

喫煙について 喫煙の有無 1. 吸う 2 吸わない

喫煙の本数 (1日平均) 本

・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