あおいクリニック

④健診問診票

健康診断問診票

カルテNo

年　月　日

ふりがな 氏名		生年月日	大・昭・平　年　月　日（　）歳	男　・　女
住所	〒	電話番号	自宅： 携帯：	
ご職業	会社員　/　大学生　/　主婦　/　パート・アルバイト　/　無職　/　その他（　）			

業務歴	□特になし　□あり（薬品、有機溶媒、粉塵などの接触 □なし□あり・具体的に：　） □薬品、有機溶媒、粉塵などの接触あり具体的に（　）
自覚症状	□特になし　□あり・具体的に（　）
現在治療・通院中の病気 □なし　□あり	病名　□脳卒中（脳出血、脳梗塞等）　□心疾患（狭心症、心筋梗塞等）　□緑内障 □高血圧　□糖尿病　□貧血　□喘息　□不整脈　□骨粗鬆症　□がん □コレステロール・中性脂肪が高い　□高尿酸血症　□アトピー　□精神疾患 □その他（　）
現在飲んでいる薬 □なし　□あり	薬の名前（具体的に　お薬手帳があればお見せください。）
過去にかかった病気 □なし　□あり	病名　□脳卒中（脳出血、脳梗塞等）　□心疾患（狭心症、心筋梗塞等）　□不整脈 □貧血　□痛風　□胆石　□胃・十二指腸潰瘍　□虫垂炎　□がん □肺炎　□気胸　□喘息　□尿管結石　□腎疾患　□精神疾患　□骨折 □その他（　）
過去に大きな手術・ケガ	□なし　□あり・具体的に（　）
家族の既往歴 □なし　□あり	病気のあった家族（○で囲んでください。）　父　・　母　・　兄　・　弟　・　姉　・　妹 病名　□高血圧　□糖尿病　□心疾患　□不整脈　□がん　□結核　□精神疾患 □高コレステロール・高脂血症　□高尿酸血症 □その他（　）
薬・食べ物アレルギー □なし　□あり	該当する薬や食べ物の名前
喫煙 □吸わない　□吸う	□やめた（　まで吸っていた） 1日平均（　）本×（　）年間
飲酒 □飲まない　□飲む	□やめた（　まで飲んでいた） 飲酒回数：　□時々　□週（）日　□毎日 平均飲酒量/日（清酒換算）：　□1合未満　□2合未満　□3合未満　□3合以上 清酒1合180mlの目安：ビール中瓶1本500ml、焼酎35度80ml、ウイスキーダブル1杯60ml、ワイン2杯240ml
＊女性の方のみお答えください。	生理中ですか　□いいえ　□はい 現在妊娠中および妊娠の可能性　□なし　□あり

クリニック使用欄

コース　（　特国　・　特社　・　A定　・　A雇　・　B定　・　B雇　）　用紙　（　オリジナル　・　5号　・　所定　）

オプション　（　）　領収書（　個人　・　企業：　）