

問診票 (健診用)

記入日: 年 月 日

フリガナ
氏名 (女・男)

生年月日 昭・平・令 年 月 日 () 歳

電話番号 緊急連絡先

● 現在治療中の病気がありますか？

ない ある→ 病名:
かかりつけ病院/医師名

● 過去に大きな病気のために入院や手術を受けたことがありますか？

ない ある→ 病名:

● 現在服用している薬やサプリメントはありますか？

ない ある→ 薬品/商品名

● 食べ物やお薬に対するアレルギーはありますか？

ない ある→ 薬() その他()
食物()

● お酒は飲みますか？

飲まない 時々飲む() 毎日飲む→何をどのくらいの量飲みますか？
→()

● タバコは吸いますか？

吸わない 吸う 1日()本 ()年間 禁煙した→いつから?()

女性にお尋ねします(差し支えのない範囲でお答えください)

● 現在妊娠中ですか？ いいえ はい 可能性がある 不明

● 現在授乳中ですか？ いいえ はい