

健康診断

コース

会計(有り・なし)

問診票

ID:

結果 来院受取 or 郵送

領収書(本人・ 社名)

カナ 氏名氏	名	生年月日 電話番号	年齢 性別	歳 男性 女性
〒	-		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ご要望

1. 現在、医療機関にかかっていますか？

現病歴なし

かかっている
(服薬・治療中)かかっている
(経過観察中)

既往歴

1. 特になし	<input type="checkbox"/>	-	-	-
2. 高血圧症		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 糖尿病		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 脂質異常症(高コレステロール血症、動脈硬化 など)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 脳血管疾患(脳出血、脳梗塞、くも膜下出血 など)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 心疾患(狭心症、心筋梗塞、不整脈、弁膜症 など)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 腎不全・透析中		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 貧血症		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 高尿酸血症・痛風		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
10. 肝臓・胆のう疾患(肝炎・胆石・脂肪肝など)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 整形外科疾患		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
12. 神経科疾患		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
13. 肺疾患		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. その他 ()		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. 喫煙についてお答えください。

1. 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。

 吸ったことがない 以前吸っていた(2か月以上吸っていない) 現在、習慣的に吸っている

2. 喫煙した年数はどの程度ですか。(現在吸っている、又は以前に吸っていた方)

年

3. 1日に何本吸っていますか。(現在吸っている、又は以前に吸っていた方)

本/日

3. 業務歴として下記の業務に従事した事がありますか？

 放射線業務 有機溶剤業務 石綿 高気圧業務 鉛業務 医療業務
 その他 () 業務歴なし

4. 現在、服薬中のお薬があればご記入ください。

5. 最近6か月以内の間に、次の症状がでましたか？

 胸部痛・胸部不快感 動悸・息切れ 頭痛・のぼせ 咳・たんがよく出る 胸やけ・胃痛
 食欲不振 便通異常(便秘、下痢、血便など) 口渇・多飲 なし

6. 女性の方にお伺いします。

現在 妊娠(可能性)または授乳されていますか。

 可能性なし 可能性あり 授乳中

予約ID

医療法人社団 やまびこ 健診センター