

ファイルをダウンロードしていただき、各項目を入力し、印刷して当日ご持参ください。

会計(有り・なし)

問診票

ID:

来院受取 or 郵送

領収書(本人・社名)

)

カナ 氏名		生年月日 電話番号	年齢 性別 <small>男性 女性</small>
〒	-		

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