



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

問 診 票

問診票は、ご記入のうえ、当日に受付へご提出ください。

ご記入いただいた内容は、健康診断等の医療サービス提供のみに利用いたします。

お名前、ご住所をご記入ください。

お名前、性別、生年月日に誤りがあれば、赤字で修正ください

お名前		生年月日			
		性別		年齢	
ご住所	〒	電話番号			
		携帯番号			

住所、電話番号が記載されていない場合 また住所、電話番号が変更になった場合は下の欄に記入ください

ご住所	〒	電話番号	()	-
		携帯番号	-	-

お申込み内容

健診予定日	
お申込み団体	
受診コース	

記入上の注意

チェック欄には または を記入ください

数字記入欄には数字を記入ください。

1マスに1文字のみ、はっきりと枠の中に記入してください。

例) 最終月経

1	2
---	---

月

高血圧

問 診 票

氏名： 様 受診日：

1. 既往歴について

- ・ 以前かかった病気があれば、該当する項目にチェックをつけてください。

 特になし

<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 心疾患（	<input type="checkbox"/> 婦人科疾患（
<input type="checkbox"/> 高脂血症	<input type="checkbox"/> 肝疾患（	<input type="checkbox"/> 泌尿器疾患（
<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 腎疾患（	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 貧血	<input type="checkbox"/> 呼吸器疾患（	〔
<input type="checkbox"/> 痛風（高尿酸血症）	<input type="checkbox"/> 消化器疾患（	

2. 現病歴について

- ・ 現在病院にかかっている病気があれば、該当する項目にチェックをつけてください。

 特になし

<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 心疾患（	<input type="checkbox"/> 婦人科疾患（
<input type="checkbox"/> 高脂血症	<input type="checkbox"/> 肝疾患（	<input type="checkbox"/> 泌尿器疾患（
<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 腎疾患（	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 貧血	<input type="checkbox"/> 呼吸器疾患（	〔
<input type="checkbox"/> 痛風（高尿酸血症）	<input type="checkbox"/> 消化器疾患（	

3. 家族歴について

- ・ 血のつながった両親、祖父母、兄弟などで下記の病気にかかったことがありますか。

	高血圧	糖尿病	狭心症・心筋梗塞	脳卒中	がん	部位：〔
父・母	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	〕
祖父母	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	〕
兄弟姉妹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	〕

4. 自覚症状について

該当する症状にチェックしてください。

 特になし

<input type="checkbox"/> 動悸	<input type="checkbox"/> せきがよく出る	<input type="checkbox"/> 胃痛	<input type="checkbox"/> 耳鳴り
<input type="checkbox"/> 息切れ	<input type="checkbox"/> たんがよく出る	<input type="checkbox"/> 手足がむくむ	<input type="checkbox"/> 便秘
<input type="checkbox"/> めまい・立ちくらみ	<input type="checkbox"/> 胸痛	<input type="checkbox"/> 手足がしびれる	<input type="checkbox"/> 下痢
<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 胸やけ	<input type="checkbox"/> 関節が痛む	<input type="checkbox"/> 残尿感

その他気になる症状があればお書きください

〔

5. 女性の方への質問

※女性の方のみお答えください。

最終月経日 月 日から 日間
 妊娠中または妊娠している可能性がある
 生理中である
 閉経している