

健診の方への問診票

令和 年 月 日

(ふりがな)	
お名前	性別 : 男 ・ 女
ご住所 (〒)	(携帯電話) (自宅電話)
生年月日 大・昭・平・令 年 月 日生 (才)	
勤務先	(電話)

- 1 今まで入院、長期通院治療、手術や輸血を受けたことがありますか？
 いいえ ・ はい (病名:)
 (病名:)
- (輸血をしたことがありますか?) ある (年) ・ ない
- 2 現在、ほかの病気で通院していますか？
 いいえ ・ はい (病名:)
 (病名:)
- 3 現在、飲んでいる薬はありますか？
 いいえ ・ はい (薬剤名:)
 (薬剤名:)
- 4 女性の方にかがいます
 妊娠していますか？ いいえ ・ はい (ヶ月)
 可能性あり
 授乳中ですか？ いいえ ・ はい
 今現在、生理中ですか？ いいえ ・ はい
 最終月経はいつですか？ (月 日)
- 5 嗜好品についてうかがいます
 タバコ : 吸わない ・ 吸う (本/日、 年)
 お酒 : 飲まない ・ 飲む (酒量(1日量) /日、週 日)