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
生年月日　明・大・昭・平　　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　女性の方にうかがいます

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）

＊ よろしければ、アンケートにお答えください。

今回どのように当院をお知りになりましたか？

看板　・　バス放送　・　ホームドクター　・　知人の紹介

その他（　　）

にしはら内科クリニック