

問診票(健康診断)

豊川医院

〒543-0021 大阪市天王寺区東高津町8-24 MYYビル1階

TEL:06-4303-3819 FAX:06-4303-3829

受診日 平成 年 月 日

ふりがな

氏名 男・女 生年月日 年 月 日(才)

住所 〒

電話番号

携帯番号

◆職業について

現在の職種() 過去の職歴()

1週間の労働日数(日) 1日の平均労働時間(時間)

特定業務に従事している方は業務内容を記載してください。

()

◆自覚症状

- 特になし 動悸 頭痛 肩こり めまい 耳鳴り 倦怠感
息切れ 胸やけ 顔や手足のむくみ のどが渇く 手足のしびれ
腰痛 その他()

◆現在または過去かかった病気

- なし
あり → 病名 脳卒中(脳出血、脳梗塞) 心疾患(狭心症、心筋梗塞等)
慢性腎不全(人工透析を受けた等) 貧血 高血圧
糖尿病 コレステロール・中性脂肪↑ 尿酸↑・痛風
喘息 不整脈 緑内障 がん 骨粗鬆症
アトピー性皮膚炎 精神疾患
その他()

※ 具体的にいつ、どのような治療～手術を行ったかをお書きください。

()

◆現在飲んでいる薬

- なし
あり ()

※お薬手帳があればそちらをお見せください。

◆家族の病歴

- なし あり 病名()
病気のあった家族(○で囲んで下さい)

父 母 兄 姉 弟 妹

◆裏面もお答えください

◆薬・食べ物のアレルギー

なし あり ()

◆運動

現在運動の習慣はありますか

なし あり 運動内容 () 1週間の運動時間 ()

◆喫煙

なし あり

やめた () 歳まで吸っていた) 1日平均 () 本 × () 年間

◆飲酒

なし あり やめた () 歳まで飲んでいた)

飲酒回数:時々 週 () 日 毎日

平均飲酒量/日(清酒換算)

1合未満 2合未満 3合未満 3合以上

※清酒1合(180ml)の目安: ビール中瓶1本(500ml)、焼酎35度(80ml)

ウイスキーダブル1杯(60ml) ワイン2杯(240ml)

◆女性の方のみお答えください

現在、生理中ですか はい いいえ 閉経 () 歳

現在、妊娠中または可能性はありますか はい いいえ

月経:() 日周期 (順調 不調)

妊娠回数:() 回 分娩回数:() 回

帝王切開既往あり

◆その他、気になるところがあればお書きください。

◆当院をどのようにして知りましたか

家が近所 会社・学校の近所 知人の紹介

通りがかり 広告 インターネット・HP 携帯サイト

その他 ()

ご協力ありがとうございました。