

診察前体温	℃
-------	---

健診を受けられる方へ

（医）とねクリニック 記入日 年 月 日

ふりがな		男		生年月日 大・昭・平
氏名		女	歳	年 月 日
電話（自宅）	（ ） -	住所 〒		
（携帯番号）				
家での血圧	/ mmHg			
薬剤アレルギー	□なし □あり 薬剤名（ ）			
他のアレルギー	□花粉（スギ・ヒノキ・イネ・その他） □その他（ ）			
採血時	□アルコール消毒可 □アルコール消毒不可 □気分が悪くなることがあります			
マイナンバーカード	持参 □なし □あり⇒ 情報提供 □同意しない □薬歴同意 □特定健診同意			
お薬手帳持	持参 □なし □あり⇒ 受付に提出ください。マイナ受付で薬歴同意の方は不要です			
採血有りの方のみ 結果来院について	□1週間後来院（結果を聞く為診察を受ける）←再診料かかりません □郵送希望（+レターパック郵送料追加） □1週間後窓口で受け取り（診察無し）			

- ① 本日、食後何時間での来院ですか？ 食後（ ）時間
- ② 本日、調子の悪いところがあれば、ご記入ください。
（ ）
- ③ 今までにかかった病気又は現在、他院で治療中の病気がありますか？
□なし □あり（お薬手帳持参・マイナ受付薬歴情報同意の方は薬品の名記入不要です）
（ 歳の時）病名（ ）薬名（ ） □治療中 □治癒
（ 歳の時）病名（ ）薬名（ ） □治療中 □治癒
- ④ 有害物質（アスベスト・石綿など）・有害薬品を扱うような職に就いたことがありますか？
□なし □あり（ ）
- ⑤ 家族で以下のような病気にかかった方がいますか？
□高血圧（誰が： ） □糖尿病（誰が： ） □高脂血症（誰が： ）
□心筋梗塞（誰が： ） □狭心症（誰が： ） □（ ）の癌（誰が： ）
□脳卒中（誰が： ）
- ⑥ アルコール：□なし □あり（ 回/ 月・週 何を： ml/日）
- ⑦ タバコ：□なし □あり（ 年間 本/日）
□禁煙中（ ）年前から 禁煙前は（ 年間 本/日）吸っていた
- ⑧ 妊娠の可能性（女性の方のみ）□なし □あり *ありの場合レントゲン・腹囲の検査はなし
- 看護師記入欄↓

身長		検尿	蛋白	糖	血圧	/
体重		視力 裸眼	右	左	聴力 1000	右 所見あり・なし
腹囲		裸眼	□コンタクト装着で測定不可			左 所見あり・なし
BMI		裸眼	□0.1以下		聴力 4000	右 所見あり・なし
X-P	あり・なし	視力 矯正	右（ ）	左（ ）		左 所見あり・なし
EKG	あり・なし	矯正	眼鏡	コンタクト	採血	あり・なし