

健診を受けられる方へ

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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬剤名 ()			
他のアレルギー	<input type="checkbox"/> 花粉（スギ・ヒノキ・イネ・その他） <input type="checkbox"/> その他 ()			
採血時	<input type="checkbox"/> アルコール消毒可 <input type="checkbox"/> アルコール消毒不可 <input type="checkbox"/> 気分が悪くなることがあります			
お薬手帳持参	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（受付に提出ください。治療中の薬名の記載あれば以下③薬名記入不要です）			

① 本日、食後何時間での来院ですか？ ★当院での血圧測定結果 (/ mmHg)
食後 () 時間 (脈拍 min)

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（ありの方は以下記入ください。お薬手帳持参の方は薬名の記入不要です）

- (歳の時) 病名 () 薬名 () 治療中 治癒
 (歳の時) 病名 () 薬名 () 治療中 治癒
 (歳の時) 病名 () 薬名 () 治療中 治癒
 (歳の時) 病名 () 薬名 () 治療中 治癒

③ 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 ()

④ 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： ）

⑤ アルコール：なし あり (回/ 月・週 何を： ml/日)

⑥ タバコ：なし
あり (年間 本/日) 禁煙中 (年間 本/日) 吸っていた

⑦ 妊娠の可能性（女性の方のみ）あり なし 授乳中はい いいえ

⑧ 当クリニックをどのように知りになりましたか？
紹介者 () ホームページ その他 ()