

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			

- 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

↓看護師記入表

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