

健康診断用問診票

やまだクリニック

健診日 令和 年 月 日

記載事項は青のボールペンで記入して下さい

当院規定による健康診断コース 1 2 3 4 5 6 7 その他()

ID _____

健診目的 定期健診・長時間労働健診・就業前健診・入学前健診・生命保険用・その他()

ご提出先名 _____ 例:(株)やまだクリニック

領収証宛先 領収証不要・ご本人名・上記記載の企業名等・その他()

ご氏名 (漢字) _____ 様 (フリガナ) _____ 様

生年月日 昭和・平成 年 月 日 歳 男・女

ご住所(郵便番号から) 〒 _____

ご連絡先電話番号(携帯電話可) _____

健診結果の返却 当院に取りに来院 レターパックで郵送希望(別途 370 円必要)

以下 ~ の該当項目に○をつけて下さい

業務歴(将来健康に影響を及ぼす職業歴の有無: 有・無) 原発やアスベストなど

既往歴(過去に罹患した大きな病気があれば記載して下さい)

無し・有り(具体的に: _____)

現病歴 現在健康上困っていることや治療中の疾患が有りましたら記載して下さい)

無し・有り(具体的に: _____)

今日の食事はいつ食べられましたか?

食べていない・()時間前に食べた

喫煙されますか? しない・する

以下のお薬を服用されていますか? していない・している

高血圧治療薬・糖尿病治療薬・脂質異常治療薬・その他()

お酒を飲む頻度と量はどのくらいですか?

毎日 時々 殆ど飲まない(飲めない)

1合(180ml)未満(飲めない) 1~2合(360ml/1缶) 3合(540ml)以上

女性の方のみへの質問 妊娠していますか いいえ・はい・分からない

有難うございました。問診はこれで終了です。

当院記入欄 以下は記入しないで下さい(当日の計測値を当方で記入します)

身長 _____ cm 視力裸眼 右裸眼【 _____ 】左裸眼【 _____ 】

体重 _____ kg 視力矯正 右矯正【 _____ 】左矯正【 _____ 】

腹囲 _____ cm 血圧 / _____ mmHg 脈拍数 _____ bpm

オーディオ

1000Hz 右 30() 左 30()

4000Hz 右 30() 左 30()