

健康診断申込書

ID No.

記入日 年 月 日

ふりがな		特定健康調査 受診券番号	
氏名	様	生年月日	昭和 平成 年 月 日 才
住所	〒 -	性別	男性 ・ 女性
勤務先		携帯又は 自宅電話	- -

※保険証と一緒に受付窓口へご提出ください。(保険証は確認のためコピーを一部頂きます)
※頂きました個人情報は診療以外の目的で使用することはありません。

問 診 票

体温 °C

質問項目	回答																																																																																	
●最後に食べた食事は何時頃ですか？	昨日の 時頃 今日の 時頃																																																																																	
●体調に関して何か気になることはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																																																																																	
はいと答えた方は何ですか？ <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 飲み込む時につかえ等を感じる <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> せき・たん <input type="checkbox"/> 動悸や息切れ <input type="checkbox"/> 目が疲れる <input type="checkbox"/> 便秘がち <input type="checkbox"/> 下痢がち <input type="checkbox"/> 体のどこかのしびれ <input type="checkbox"/> その他 ()																																																																																		
●既往歴について <u>過去に治療の方は年齢をご記入ください。治療中の方はチェック☑をしてください。</u>																																																																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>病名</th> <th>治療中</th> <th>年齢</th> <th>病名</th> <th>治療中</th> <th>年齢</th> <th>病名</th> <th>治療中</th> <th>年齢</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>高血圧</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>腎不全(人工透析)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>耳の病気</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>貧血</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>肝臓の病気</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>眼の病気</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>脳卒中(脳出血・脳梗塞)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>胆のうの病気</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>アレルギー</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>心筋梗塞</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>膵臓の病気</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>アトピー</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>狭心症</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>胃腸の病気</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>喘息</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>不整脈</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>腎臓の病気</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>腰痛症</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>糖尿病</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>肺部の病気</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>前立腺肥大</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>高脂血症</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>大腸の病気</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>婦人科の病気</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	病名	治療中	年齢	病名	治療中	年齢	病名	治療中	年齢	高血圧	<input type="checkbox"/>		腎不全(人工透析)	<input type="checkbox"/>		耳の病気	<input type="checkbox"/>		貧血	<input type="checkbox"/>		肝臓の病気	<input type="checkbox"/>		眼の病気	<input type="checkbox"/>		脳卒中(脳出血・脳梗塞)	<input type="checkbox"/>		胆のうの病気	<input type="checkbox"/>		アレルギー	<input type="checkbox"/>		心筋梗塞	<input type="checkbox"/>		膵臓の病気	<input type="checkbox"/>		アトピー	<input type="checkbox"/>		狭心症	<input type="checkbox"/>		胃腸の病気	<input type="checkbox"/>		喘息	<input type="checkbox"/>		不整脈	<input type="checkbox"/>		腎臓の病気	<input type="checkbox"/>		腰痛症	<input type="checkbox"/>		糖尿病	<input type="checkbox"/>		肺部の病気	<input type="checkbox"/>		前立腺肥大	<input type="checkbox"/>		高脂血症	<input type="checkbox"/>		大腸の病気	<input type="checkbox"/>		婦人科の病気	<input type="checkbox"/>		★上記以外で手術又は病気 ()
病名	治療中	年齢	病名	治療中	年齢	病名	治療中	年齢																																																																										
高血圧	<input type="checkbox"/>		腎不全(人工透析)	<input type="checkbox"/>		耳の病気	<input type="checkbox"/>																																																																											
貧血	<input type="checkbox"/>		肝臓の病気	<input type="checkbox"/>		眼の病気	<input type="checkbox"/>																																																																											
脳卒中(脳出血・脳梗塞)	<input type="checkbox"/>		胆のうの病気	<input type="checkbox"/>		アレルギー	<input type="checkbox"/>																																																																											
心筋梗塞	<input type="checkbox"/>		膵臓の病気	<input type="checkbox"/>		アトピー	<input type="checkbox"/>																																																																											
狭心症	<input type="checkbox"/>		胃腸の病気	<input type="checkbox"/>		喘息	<input type="checkbox"/>																																																																											
不整脈	<input type="checkbox"/>		腎臓の病気	<input type="checkbox"/>		腰痛症	<input type="checkbox"/>																																																																											
糖尿病	<input type="checkbox"/>		肺部の病気	<input type="checkbox"/>		前立腺肥大	<input type="checkbox"/>																																																																											
高脂血症	<input type="checkbox"/>		大腸の病気	<input type="checkbox"/>		婦人科の病気	<input type="checkbox"/>																																																																											
●今迄に薬や食べ物でアレルギーやじん麻疹がありましたか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない																																																																																	
●輸血を受けた事がありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない																																																																																	
●血縁の方で、大きな病気をされた方はいらっしゃいますか？ ①はいと答えた方は何ですか？ ()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																																																																																	
●現在、妊娠または授乳されてますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																																																																																	
●現在、生理中ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																																																																																	

裏面もご記入お願い致します