

健康診断問診票

ふりがな		性別	生年月日
名前		男 女	昭平 年 月 日
住所	(〒 -)		
電話	自宅	携帯	
御社名		勤務支店	
保険組合名		保険証号	保険証号

1. 職業(仕事の内容・仕事量) ()

2. 既往歴・治療歴

今までにかかった疾患名及び年齢をご記入下さい。完治・治療中のいずれにも○印をご記入下さい

疾患名	年齢	完治	治療中

* 現在、服用中の薬品がございましたらご記入下さい

薬品名 ()

3. ご家族既往歴・治療歴

肉親の方(父母・兄弟姉妹・祖父母・おじおば等)の中に次の様な病気にかかられた方がいらっしゃる場合に該当する病名に○印を付けて下さい

- | | | |
|-----------|-------|-----------|
| 1 ガン | 2 脳卒中 | 3 高血圧症 |
| 4 心臓病 | 5 糖尿病 | 6 肝臓病 |
| 7 アレルギー疾患 | 8 結核 | 9 その他 () |

4. 運動・ご趣味について

現在行っている運動・ご趣味などがありましたらご記入下さい

()

5. 現在の自覚症状

現在の気になる症状に○印を付けて下さい

- | | | | |
|------------|-----------|----------|-------|
| 1 眼精疲労 | 2 耳鳴り | 3 めまい | 4 頭痛 |
| 5 体のしびれ | 6 咳・痰 | 7 動悸・息切れ | 8 胸焼け |
| 9 食欲不振 | 10 胃痛 | 11 下痢 | 12 血便 |
| 13 肩こり | 14 慢性的な疲労 | 15 不眠症状 | |
| 16 その他 () | 16 特になし | | |

6. 女性の方にお伺いします

- | | | |
|--------------------------|-----------|-----------|
| 1 検査日現在、生理中ですか | (a) はい | (b) いいえ |
| 2 今朝日現在、妊娠中ですか | (a) はい | (b) いいえ |
| 3 妊娠回数をご記入下さい | (a) () 回 | (b) ありません |
| 4 出産回数をご記入下さい | (a) () 回 | (b) ありません |
| 5 その他、婦人科関連で気になる症状はありますか | () | |

7 その他、健康上でご心配なことをご記入下さい

銀座ハートクリニック

----- 以下業務用です。記入しないで下さい。 -----

身長	cm
体重	kg
BMI	
腹囲	cm
視力	右
	左
聴力	右 1000Hz
	右 4000Hz
	左 1000Hz
	左 4000Hz

尿	蛋白
	糖
	潜血
血圧	mmHg
血算	
生化	
糖	
特殊	

心電図検査	
胸部X線検査	
血管年齢	
頰動脈エコー	

