

- 午前受診：夕食は摂取可。朝食は抜き、絶食でお越しください。
 午後受診：朝食は摂取可。昼食は抜き、絶食でお越しください。
※ 内服中の薬のある方は事前にご相談下さい

052-753-5678 まつき内科クリニック

健康診断問診票

記入日 年 月 日

氏名		性別	男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日		歳

※この書類に記入された個人情報については、一切他に漏れないよう厳重に管理します。

※不明なところは記入しなくても結構ですが、診断の参考としますのでご協力をお願い致します。

現在の職業	
過去の職業	

既往歴 ※過去のものについては、その時の年齢のみご記入ください
表にない場合は、余白にご記入ください。

病名	年齢	治療中	疾患名	年齢	治療中	病名	年齢	治療中	病名	年齢	治療中
高血圧			脳梗塞			肺結核			難聴		
心筋梗塞 狭心症			脳内出血			肺炎			緑内障		
不整脈			てんかん			喘息			アレルギー (花粉症等)		
糖尿病			胃潰瘍			腎・尿管結石			アトピー性 皮膚炎		
高脂血症			胃ポリープ			腎炎			おたふく		
甲状腺 機能障害			肝炎 (ABC他)			腎不全 (人工透析)			はしか		
痛風			肝機能障害			前立腺肥大			風疹		
貧血			胆石			胆嚢ポリープ			水痘		

・どちらで治療を受けていますか（医療機関名）

服薬歴

疾患名	内容	薬剤名
高血圧	血圧を下げる薬	
糖尿病	インスリン注射又は血糖を下げる薬	
高脂血症	コレステロールを下げる薬	

予防接種歴 済ませた予防接種に○をつけてください

おたふくかぜ	はしか	風疹	水痘	B型肝炎
--------	-----	----	----	------

※裏面もご記入ください。

家族歴

肉親(父母、兄弟、姉妹、祖父母、叔父叔母)に以下の疾患にかかった方がいる場合は、以下の表に該当するところにご記入ください。

病名	罹患した人	病名	罹患した人
脳疾患		糖尿病	
高血圧		肝臓病	
心臓病		アレルギー	
癌		結核	
その他の病気		喘息	

生活習慣について

当てはまるものすべてに、○をつけてください。

タバコを吸いますか	はい	過去に	吸わない
喫煙習慣のあった方はご記入ください。	1日に		本を
20歳の時の体重から10kg増えた	はい	いいえ	
継続して1回30分以上軽く汗をかく運動をしていますか	週2日以上		していない
定期的に行っている運動をご記入ください			
1日1時間以上歩いていますか	はい	いいえ	
この1年間で体重の増減が3kg以上ある	はい	いいえ	
朝食をたべていますか	毎日食べる	週に3回以下	食べない
お酒は飲みますか	毎日	時々	飲まない
お酒を飲むときはどのくらいの量を飲みますか? 例 ビール 350ml、焼酎 2杯	ビール ()	焼酎 ()	日本酒 () その他 ()
睡眠で休養が取れていると思いますか	はい	いいえ	

自覚症状

当てはまるものすべてに、○をつけてください。

目が疲れ、充血する	視力が落ちてきた	目が痛むことがある
耳の聞こえが悪くなった	耳鳴りがする	めまいがする事がある
頭痛がする事がある	気が遠くなる	体のどこかがしびれる
咳や痰がとれない	のどに詰まった感じがする	扁桃腺がよく腫れる
動機・息切れ	胸や背中が痛くなる	立ちくらみをおこす
食欲が無い	顔や手足がむくむ	手足が冷たい
空腹時や食後に胃が痛い	吐き気がする	肩や首筋がこる
下痢をよく起こす	便秘がちである	手足が腫れて痛くなる
いつも体が疲れやすくだるい	じんましんが出来やすい	腰やひざが痛い
口が渇いて水分を多く取る	尿の出が悪い	尿に血が混じったり痛みがある
排尿回数が多い	よく眠れない	やる気がなくなる

その他、自覚症状がありましたら、お書き下さい

ご記入・ご協力ありがとうございました。