

# 健康診断用

平成 年 月 日

ふりがな		男・女	生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日 ( 歳)
お名前					
住 所	〒 -				
電 話					

1. 今までに次のような病気をしたことがありますか。

①ない

②ある 脳梗塞 脳出血 高血圧 心臓病 喘息 結核 十二指腸潰瘍  
糖尿病 肝臓病 胃潰瘍 緑内障 胆石 高脂血症 前立腺肥大  
その他 \_\_\_\_\_

入院したことがありますか。

①ない ②ある → 病名： \_\_\_\_\_ 、 \_\_\_\_\_ 才時

手術をしたことがありますか。

①ない ②ある → 病名： \_\_\_\_\_ 、 \_\_\_\_\_ 才時

2. 現在、使用中の薬がありますか。

①ない ②ある → 受付にお薬手帳をお出してください。

3. アルコールは飲みますか。

①飲まない ②飲む ③時々飲む

4. タバコは吸いますか。

①吸わない ②吸う → 1日 \_\_\_\_\_ 本、 \_\_\_\_\_ 年間継続

5. 今までに薬や注射でアレルギー（じんましん、気分が悪くなるなど）がでたことがありますか。

①ない ②ある → 薬の名前 \_\_\_\_\_

6. 女性の方へお尋ねします。

・妊娠されていますか。①はい、②いいえ、③不明

・授乳されていますか。①はい、②いいえ、③ときどき