

# 健康診断 聞き取り表

検査項目	
	11項目 (尿・血・X-P・ECG)
	5項目 (尿・X-P)
	5項目+血液検査 (尿・血・X-P)
	問診のみ

診断書 お渡し日	
月	日 ( )
AM	PM 以降

患者ID \_\_\_\_\_

検診日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## 太枠内のみご記入ください

(フリガナ)

氏 名 \_\_\_\_\_ 男 ・ 女 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ M ・ T ・ S ・ H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 歳

※初診の方、変更がございました方のみ連絡先をご記入ください。 ( 初診 ・ 変更 )

住 所 〒 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_ 携 帯 \_\_\_\_\_

社 名(入職前健診の方) \_\_\_\_\_

※領収書は患者様名で発行しております。会社宛の領収書が必要な方は事前に受付までお申し付けください。

- これまでに治療したことがある病気や手術はございますか？  
なし ・ あり ( )
- 現在治療中の病気はございますか？  
なし ・ あり ( )
- 現在服用されているお薬はございますか？  
なし ・ あり ( )
- 喫煙・飲酒についてお伺いします。  
喫煙 なし ・ あり (喫煙歴) \_\_\_\_\_ 年 (禁煙歴) \_\_\_\_\_ 年  
飲酒 なし ・ あり (頻度) 毎日 ・ 週 \_\_\_\_\_ 日 (飲酒量) \_\_\_\_\_ 程度
- その他、現在気になる症状はございますか？  
なし ・ あり ( )
- 女性の方のみお答えください。 生理中 ・ 妊娠中 ・ 授乳中 ・ 該当しない

医 師 記 入 欄	身長	_____ cm	体重	_____ kg	BMI	_____
	視力	右 ( )	左 ( )			
	尿	糖 ( )	蛋白 ( )	潜血 ( )		
	血圧	／	色盲	正常	聴力	正常
	腹囲	_____ cm	心音	正常	肺音	正常
		X-P	正常	ECG	正常	