

問 診 票

お名前 ふりがな _____ 生年月日 S・H・R 年 月 日

〒 _____ 性別 男 ・ 女

ご住所 _____ 年齢 _____ 歳

電話番号(自宅) _____ (携帯) _____

令和 年 月 日～勤務予定 提出先の名称() 職種()

■ 現在治療中の病気はありますか？ はい・いいえ
病名()

はいの方 服薬中のお薬があれば、薬剤名をお書き下さい。
薬剤名()

■ 過去に手術や入院をした事がありますか？ はい・いいえ
はいの方 いつ、何の病気で入院・手術をしましたか？()

■ 血縁のあるご家族に、次のような病気をお持ちの方はいらっしゃいますか？
高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 心臓病 ・ 脳出血 ・ 脳梗塞 ・ 突然死 ・ 癌

■ 喫煙はしますか？ はい・いいえ (1日 本)・過去にしていた(歳まで)

■ お酒は飲みますか？ はい・いいえ (週に 日 をどの位の量)

■ アレルギー体質はありますか？ はい・いいえ
(喘息 ・ 花粉症 ・ その他)

■ 薬剤アレルギーはありますか？ はい・いいえ
薬剤名()

■ (女性のみ)現在妊娠していますか？ はい・いいえ