

# 健康診断問診票

Date \_\_\_\_\_  
Patient ID \_\_\_\_\_

本日は健康診断受診いただきありがとうございます。こちらの問診票は、ご記入のうえ、当日に受付へご提出ください。  
ご記入いただいた内容は、健康診断等の医療サービス提供のみに利用いたします。

氏名 (ローマ字)		性別	男 ・ 女	年齢		生年月日	
電話番号		メール				保険会社	
住所							
企業名	<input type="checkbox"/> 本日会社様宛の領収書が必要な方はこちらにチェックをお願い致します						

## ■緊急連絡先

氏名 (ローマ字)		電話番号		続柄	
--------------	--	------	--	----	--

## <受診される皆様>

- Q1. タイにはいつ来ましたか？ ( )
- Q2. 最後に健康診断を受診した時期はいつですか？ ( )
- Q3. 今までピロリ菌検査を受診したことはありますか？ ( 有 or 無 )
- Q4. 喫煙歴の有無、年数を教えてください。 ( 有(\_\_\_\_年) or 無 )
- Q5. 今までアレルギー検査を受けたことありますか？ ( はい or いいえ )
- Q6. 右記予防接種で完了しているものにチェックを入れてください。  
※それぞれ右に接種時期をご記入ください。
- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> A型肝炎 _____ | <input type="checkbox"/> 日本脳炎 _____    |
| <input type="checkbox"/> B型肝炎 _____ | <input type="checkbox"/> インフルエンザ _____ |
| <input type="checkbox"/> 狂犬病 _____  | <input type="checkbox"/> 麻疹・風疹 _____   |
| <input type="checkbox"/> 破傷風 _____  |  |

## <女性の方へ>

- Q1. 現在、妊娠をしている、またはしている可能性がありますか？ ( はい or いいえ )
- Q2. 現在、生理中ですか？ ( はい or いいえ )
- Q3. 最終月経はいつからいつまでですか？ ( 月 日 ~ 月 日 )
- Q4. 最後に婦人科の診察を受診した時期はいつですか？ ( )
- Q5. 何か婦人科医に相談したいお悩みがありますか？

## <その他、健康上のお悩み>

本日は、当院でご受診いただきありがとうございます。

年に一度の機会ですので、健康面で困りのことございましたら医師までお気軽にご相談ください。

診察室で日頃の気になっている症状を伝えていただき、薬が出た際に、保険適用となります。よろしければ、事前はこちらにご記入ください。

問診は以上です。上記に誤りがないことを確認の上、こちらにご署名ください。

署名欄 \_\_\_\_\_