

健康調査票

あなたの健康状態を知り、治療の参考にさせていただきます。内容は診療関係者以外に知らせることはありません、ご自身もしくは保護者が正確にお答えくださるようお願いいたします。

記入年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
性別 _____
お名前 ^{フリガナ} _____ 生年月日 昭.平.令. _____ 年 _____ 月 _____ 日
現住所 〒 _____ 年齢 _____ 才

アパート、マンションの方は部屋番号までご記入ください

連絡先電話番号 _____ 職業 _____

紹介者あり: _____ 様より

☆ 本日来院された理由を簡潔にお書きください。

☆ 質問をよく読んであてはまるものに○印をつけてください。

1. 一年以内に、健康診断を受けたことがありますか？ はい・いいえ

2. 過去に入院や手術などの大きな病気をしたことがありますか？ はい・いいえ

3. 現在、病院に通院していますか？ はい・いいえ

かかりつけのお医者さんがいらっしゃいましたらお名前を書いてください。

病院名(診療科) _____ 担当医氏名 _____

4. 現在、薬を常用していますか？ はい・いいえ

常用薬 _____

5. 薬剤・食物・その他に対するアレルギーや過敏症がありますか？ はい・いいえ

6. お口の中の麻酔をして異常な反応(気分不快など)が起きたことがありますか？ はい・いいえ

7. 普段の血圧はいくつですか？(分からない方は、未記入のままで結構です)
(血圧値: _____ / _____ 降圧剤服用時ですか？ はい・いいえ)

8. 女性の方のみ、お聞きします。
現在、妊娠中ですか？ または、その可能性がありますか？ はい・いいえ

授乳中ですか？ はい・いいえ

以下の病気になったことがありますか？

A)～J)の項目すべてに対して でお答えください。

(はいに○をされた方はその病名に○をしてください)

A) 循環器系疾患

・狭心症 ・心筋梗塞 ・心不全 ・心臓弁膜症 ・先天性心疾患
・不整脈 ・脳梗塞 ・高血圧 ・高脂血症 ・その他

(ペースメーカーを使用していますか？

)

B) 肝臓疾患

・B型肝炎 ・C型肝炎 ・肝臓 ・その他

C) 腎臓疾患

・腎不全(人工透析を行っていますか？

)

・その他

D) 内分泌疾患

・甲状腺機能亢進症 ・副腎皮質機能不全 ・糖尿病 ・その他

E) 呼吸器系疾患

・副鼻腔炎 (蓄膿症、鼻閉感) ・過換気症候群 ・その他

F) 消化器系疾患

・胃潰瘍 ・十二指腸潰瘍 ・その他

G) 神経・精神疾患

・てんかん ・神経症 ・その他

H) 血液疾患

・血友病 ・白血病 ・その他

I) アレルギー疾患

・喘息 ・慢性湿疹 ・その他

J) その他

・HIV ・骨粗鬆症 ・以上のいずれにも該当しない

☆ 今までの質問のほかに、主治医に伝えたいことなどありましたらお書きください。

☆ 治療の経過を確認させていただく場合がございます。メールかLINEどちらか教えていただけますか？

Eメールアドレス

LINE 友達登録についてご説明いたします

どちらとも不可

* 代筆の場合は、あなたのお名前と患者さんとの関係をご記入ください。

お名前 _____ (ご関係 _____)