



① 健康診断を受診される動機について

- 1  健康状態の確認のため
- 2  職場の健康診断
- 3  明らかに異常を感じる
- 4  その他

② 受診回数について

- 1  初めて
- 2  2回目以上  
(前回受診 年 月頃)
- 3  当クリニック
- 4  他施設

③ 本人の病歴

今までにかかったことのある病気についておたずねします。年齢と  印をご記入下さい。

病名	既往あり	何才	手術した
1. 脳血管障害	<input type="checkbox"/>	才	<input type="checkbox"/>
2. 脳腫瘍	<input type="checkbox"/>	才	<input type="checkbox"/>
3. 緑内障・高眼圧症	<input type="checkbox"/>	才	<input type="checkbox"/>
4. 中耳炎	<input type="checkbox"/>	才	<input type="checkbox"/>
5. 肺炎・肋膜炎	<input type="checkbox"/>	才	<input type="checkbox"/>
6. 喘息	<input type="checkbox"/>	才	<input type="checkbox"/>
7. 高血圧	<input type="checkbox"/>	才	<input type="checkbox"/>
8. 狭心症	<input type="checkbox"/>	才	<input type="checkbox"/>
9. 心筋梗塞	<input type="checkbox"/>	才	<input type="checkbox"/>
10. 胃・十二指腸潰瘍	<input type="checkbox"/>	才	<input type="checkbox"/>
11. 胆石・胆のう炎	<input type="checkbox"/>	才	<input type="checkbox"/>
12. 急性肝炎	<input type="checkbox"/>	才	<input type="checkbox"/>
13. 慢性肝炎	<input type="checkbox"/>	才	<input type="checkbox"/>
14. 肝機能障害	<input type="checkbox"/>	才	<input type="checkbox"/>
15. 腸炎	<input type="checkbox"/>	才	<input type="checkbox"/>
16. 虫垂炎	<input type="checkbox"/>	才	<input type="checkbox"/>
17. 大腸ポリープ	<input type="checkbox"/>	才	<input type="checkbox"/>
18. 痔核・痔瘻	<input type="checkbox"/>	才	<input type="checkbox"/>
19. 腎炎	<input type="checkbox"/>	才	<input type="checkbox"/>
20. 腎盂炎・膀胱炎	<input type="checkbox"/>	才	<input type="checkbox"/>
21. 腎結石・尿路結石	<input type="checkbox"/>	才	<input type="checkbox"/>
22. 貧血	<input type="checkbox"/>	才	<input type="checkbox"/>
23. 糖尿病	<input type="checkbox"/>	才	<input type="checkbox"/>
24. 高脂血症	<input type="checkbox"/>	才	<input type="checkbox"/>
25. 痛風・高尿酸血症	<input type="checkbox"/>	才	<input type="checkbox"/>
26. リウマチ	<input type="checkbox"/>	才	<input type="checkbox"/>
27. 子宮筋腫	<input type="checkbox"/>	才	<input type="checkbox"/>
28. 卵巣のう腫	<input type="checkbox"/>	才	<input type="checkbox"/>
29. ( )が ン	<input type="checkbox"/>	才	<input type="checkbox"/>
30. その他( )	<input type="checkbox"/>	才	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	才	<input type="checkbox"/>

④ 健康状態について

- 1  現在治療中の病気がある  
病名( )
- 2  現在常用している薬がある  
薬剤名( )
- 3  薬剤アレルギーがある  
薬剤名( )

⑤ 家族の病歴

家族の方の病気について、あてはまる部分に  印をご記入下さい。

病名	父母	祖父母	兄弟姉妹
1. がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 高血圧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 脳血管障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 心臓病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 呼吸器病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 結核	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 胃腸病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 肝臓病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 腎臓病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 痛風	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. リウマチ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. その他( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⑥ かかりつけ病院について

- 1  あり 病院名( )
- 2  なし

⑦ 現在妊娠の可能性がある

- 1  あり
- 2  なし

◎ その他気になること、ご希望などがございましたら、お書き下さい。

.....

.....

.....

.....

.....

● 質問は以上です。お疲れさまでした。