

あんずクリニック浅草橋 問診票 (健診)

(フリガナ)

氏名 :

性別 : 男 ・ 女

生年月日 : 西暦 年 月 日生

年齢 :

〒

住所 :

(電話番号 :)

1. 当てはまる症状にチェック又は○を付けてください

特に自覚症状なし疲労感動悸息切れ脈が飛ぶ日中の眠気耳鳴り音が聞こえにくい手足がしびれる関節痛腹部の不快感胸やけ便秘下痢黒色便喉が渇く浮腫む尿が近い月経が辛い頭痛眠れないその他 ()

2. 現在、治療中の病気はございますか？

いいえ

・ はい

(病名 :

医療機関 :

)

3. 既に治療を終えたご病気はありますか？

いいえ

・ はい

(病名 :

時期 :

手術 : 有

・ 無)

4. 薬・食物にアレルギー症状がありますか？

いいえ

・ はい

(名称 :

)

5. 嗜好についてお伺いします

<飲酒習慣>なし・あり (毎日・週の半分・週に1日以下)

<喫煙習慣>なし・あり (1日 本)

6. 女性のみお答えください

<妊娠中>

いいえ

・ はい

(妊娠

週)

<授乳中>

いいえ

・ はい

<月経中>

いいえ

・ はい

<ピル内服中>

いいえ

・ はい

----- 当院使用欄 -----

体重 kg /身長 cm/ BMI / 腹囲 cm 血圧 mmHg/ 脈拍 回/分

胸部レントゲン 心電図 尿検査 血液検査 視力 (右 /左)聴力 1000Hz (右 異常なし dB /左 異常なし dB)4000Hz (右 異常なし dB /左 異常なし dB)医師診察結果確認 結果記載 郵送

あんずクリニック浅草橋

内科 小児科 腎臓内科 リウマチ科 アレルギー科 訪問診療