健 康 診 断 問 診 票

年　　月　　日

ふりがな 氏　名	性 別	男 ・ 女
生年月日　明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平　　年　　月　　日 生 （　　歳）		
現 住 所　〒 電話　　－　　－ 携帯　　－　　－		
勤務先名		
1. 食後　　時間 （最終食事　　時）　　2. 空腹		

1. 当院に来院された事はありますか　　ある ・ ない　　(現在の体温 :　　℃)

2. 職業の種類や仕事の内容、勤続年教についてご記入下さい.

　1) 会社員　2) 自営業　3) 農業　4) 無職　5) 専業主婦　6) その他

3. 仕事の内容 (　　)　勤続年数 (　　年　　ヶ月)

4. これまでに病気にかかったことや、治療を受けた事があれば、ご記入下さい。

　また現在治療中の病気があればご記入下さい。

5. 生活習慣について、該当する項目に ○ をつけてください。

　食生活について　1) 何もしてない　2) 塩分制限　3) 糖質制限　4) カロリー制限　5) その他の制限

　飲酒について ① 飲酒の有無　1) 毎日飲んでいる　2) 時々飲む　3) 飲まない

　② 飲酒量(1日平均)　1) ビール 1～2 本以下　2) 3 本以上

　喫煙について ① 喫煙の有無　1) 吸う　2) 吸わない

　② 喫煙の本数 (1日平均)　1) 10 本以下　2) 11～20 本　3) 21～30 本

　4) 31～40 本　5) 41 本以上

　運動について 頻度　1) ほとんど毎日 2) 週に 1 回　3) 週に 2～3 回　4) 月に 1 回

　5) 月に 2～3 回 6) 時々　7) ほとんどしない

　内容 (　　)

6. 現在妊娠中および妊娠の可能性があります。　(はい ・ いいえ)

7. 現在、調子の悪い事や気になる事があればご記入ください。

医療法人　小林クリニック