

健康調査票

受診日 平成 年 月 日

フリガナ		生年月日	昭和・平成	年	月	日
氏名		性別	男・女	年齢		歳
住所	〒 -					
電話番号	- () -		携帯電話	- () -		

◆職業についてお聞かせください

現在のご職業 勤続 年 過去の職業

◆現在治療中の病気があればご記入ください。

(当院にご通院中の方は「西クリニックに通院中」とご記入ください)

ある
・
ない

※ [] 病院 ・ クリニックへ通院中

◆現在服薬中のお薬があればご記入ください。

(当院での処方がある方は「西クリニック」とご記入ください)

ない ・ ある (

◆過去に受けた手術や輸血、また、治療していない病気などがあればご記入ください。

ある
・
ない

◆自覚症状について当てはまる項目に○をしてください。

特になし

- * 動悸
- * 頭痛
- * 肩こり
- * めまい
- * 耳鳴り
- * 倦怠感
- * 息切れ
- * 胸やけ
- * 顔や手足のむくみ
- * のどが渇く
- * 手足のしびれ
- * 眠れない
- * その他()

◆過去に胸のレントゲン検査にて異常と指摘されたことはありますか。

いいえ はい (歳の時 と指摘された。)

裏面に続きます

◆普段の生活習慣についてお聞かせください。 (当てはまる項目に○をし、内容をご記入ください)	
*たばこ	吸わない ・ 吸う (本/日 年間) 吸っていた (本/日 年間 年前まで)
*飲酒	飲まない ・ 毎日飲む () を () 本/日 時々飲む
*運動の習慣	ない ・ ある (例) 毎日2Kmほど歩くなど) 運動の内容 () 1週間の運動時間 () 時間
*1年での体重変化	変わらない ・ 痩せた (kg) ・ 太った (kg)

◆普段の食事についてお聞かせください。 (当てはまる項目に○をし、内容をご記入ください)	
*毎日3食(朝・昼・夕)の食事を取っていますか。	はい ・ いいえ (食)
*就寝前の2時間以内に夕食をとることが多いですか。	はい ・ いいえ
*人と比較して食べる速度がはやいですか。	はい ・ いいえ

◆普段の睡眠についてお聞かせください。 (当てはまる項目に○をしてください)	
*睡眠で休養が十分にとれていますか。	はい ・ いいえ
*日中の傾眠や夜間のいびきなどはありますか。	はい ・ いいえ

◆女性の方のみお答えください。 (当てはまる項目に○をしてください)

*現在生理中ですか。 はい ・ いいえ ・ 閉経 (歳)

*現在妊娠の可能性はありますか。 はい ・ 可能性がある ・ 妊娠中 (週)

◆当院をどのようにしてお知りになりましたか。 (当てはまる項目に○をしてください)

*家が近所 *勤務先が近所 *知人の紹介 *広告 *ホームページ

*その他 ()

ご協力ありがとうございます。

西クリニック

内科・消化器内科・リハビリテーション科

〒578-0911 東大阪市中新開2-13-39

TEL 072-967-1570 FAX 072-967-3201

胃カメラ 禁煙治療 睡眠時無呼吸治療

プラセンタ 訪問診療 訪問リハビリ

N39健康診断調査票 20171002