健康診断　問診表

氏　名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	生年月日	大正 昭和 平成	年　月　日 満　歳
ご 住 所	〒			
ご連絡先	携帯電話：	ご自宅電話：		

※検査結果等をご連絡する場合がございます。差し支えなければ携帯電話の番号もご記入願います。

現在、体調などで気になることがありましたらご記入ください。

今までに大きな病気や手術をしたことがありましたらご記入ください。
(　　) 歳頃
(　　) 歳頃
(　　) 歳頃

現在、他の病院や医院に通院中の方はご記入ください。　(例：高血圧で○○医院)

服用している薬がお分かりでしたらご記入ください、またはお薬手帳をご掲示ください。

◆薬のアレルギーはありますか？　(ある ・ ない)

アレルギーのある薬名 (　　)