

【健診 質問票】

ID _____

氏名 _____ 様

下記にご記入のうえ、当日必ずお持ち下さい。

当日の体調 <small>○をつけてください</small>	体温	℃	関節痛	なし・あり ()	日前から)
	咳	なし・あり ()	下痢症状	なし・あり ()	日前から)
	鼻水	なし・あり ()	同居家族に発熱者	なし・あり ()	日前から)
	咽頭痛	なし・あり ()	身近にコロナ濃厚接触者	なし・あり ()	日前から)
	呼吸苦	なし・あり ()	一週間以内海外旅行	なし・あり ())

病院だと血圧が高くなってしまう方は、ご自宅での計測値をご記入下さい。

当日の血圧	/	mmHg
-------	---	------

① 現在、病院等で定期通院・検査・治療・薬の処方されていますか？

いいえ

はい →

病名	病院名	いつから

② 今までにかかった事のある病気や手術はありますか？

いいえ

はい →

病名	病院名	いつから

たばこ	吸わない	歳で禁煙	お酒	飲まない		日本酒	ml
	吸う			本 × 年間	飲む	毎日	焼酎
		週__回				ワイン	ml
						月__回	ウイスキー
				機会飲酒	缶チューハイ	ml	