

## つげの木海老名健診センター問診票

体温 \_\_\_\_\_ °C

2023年 月 日

フリガナ			住所	〒 _____	
氏名					
	男・女				
生年月日	明・大・昭・平		電話番号	自宅	
	年	月		日 ( 歳)	携帯
※上記に変更のある際はご連絡ください。					
既往歴	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍				
<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 慢性副鼻腔炎 <input type="checkbox"/> 小児喘息				
	<input type="checkbox"/> その他 ( _____ )				
手術歴	病名 ( 部位など ) :				
<input type="checkbox"/> ない	いつ ( 年齢など ) :				
直系 ( ご自身 ) の親族の方が、かかったことのある慢性疾患はありますか？					
<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 喘息				
	<input type="checkbox"/> その他 ( _____ )				
ヘリコバクター・ピロリ菌の検査を受けたことがありますか？					
<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 分からない			
ヘリコバクター・ピロリ菌の検査を受けたことがある方 → 結果【 <input type="checkbox"/> 陰性 <input checked="" type="checkbox"/> 陽性 → <input type="checkbox"/> 除菌した <input type="checkbox"/> 除菌してない 】					
他院通院	<input type="checkbox"/> ある	通院先名	服用薬	<input type="checkbox"/> ある	( _____ )
	<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない	
アレルギー	<input type="checkbox"/> ある	( _____ )	薬の副作用	<input type="checkbox"/> ある	( _____ )
	<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ない	
たばこ	<input type="checkbox"/> 吸う	1日( _____ )本 喫煙歴( _____ )年	女性の方 妊娠の 可能性	<input type="checkbox"/> ある	妊娠( _____ )週目
	<input type="checkbox"/> 吸っていたが やめた	1日( _____ )本 ( _____ )歳~( _____ )歳		<input type="checkbox"/> ない	
	<input type="checkbox"/> 吸わない			<input type="checkbox"/> 授乳中	
飲酒	<input type="checkbox"/> ある	1日( _____ )ml 週( _____ )回			
	<input type="checkbox"/> ない				