

健康調査票

(ふりがな) 患者氏名	男・女 (歳)	
身長・体重	cm	kg
既往歴	病名 (該当する病名に○)	該当する病名がある場合、 発症した年齢、症状、経過などを記載してください
	循環器系 高血圧・不整脈・心筋梗塞・狭心症・ 心筋症・動脈硬化症・静脈瘤・その他	
	呼吸器系 喘息・肺気腫・結核・肺炎・その他	
	消化器系 肝炎・肝硬変・胃潰瘍・食道炎・胃腸炎 その他	
	脳神経系 脳血管障害・てんかん・めまい・ふるえ・ パーキンソン病・その他	
	泌尿器系 腎炎・腎硬化症・ネフローゼ・腎不全・ 痛風・結石・その他	
	耳鼻科系 鼻炎・副鼻腔炎・扁桃炎・咽頭炎 喉頭炎・その他	
	眼科系 緑内障・白内障・網膜剥離・その他	
	精神科系 うつ病・不安障害・解離性障害・ 自律神経失調症・その他	
	代謝・内分泌系 糖尿病・下垂体疾患・ 甲状腺疾患(バセドウ病、橋本病など)・ 副腎疾患(アルドステロン症、褐色細胞腫など)・ その他	
	血液系 貧血・血が止まりにくい・その他	
	その他	
常用薬	あり・なし	
アレルギー	あり・なし	ありの方は何に対してどのような症状が出るか記載してください
喫煙歴	あり・なし	ありの方 1日あたり()本、()年間 吸っている / 吸っていた