**健康診断問診票**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ふりがな** |  | **性別** | **昭** | **年　　 　月　　　　日 生 ( 歳）** |
| **氏名** |  |  **男　・　女** | **平** |
| **住所** | **〒** |  |  **自宅電話** |  |  |
|  |  |  **携帯電話** |  |  |
| **御社名** |  | **所属名** |  |  |  |  |
|

|  |
| --- |
| 1.現在の業種、お仕事の内容をご記入ください。 |
| 　業種　（　　　　　　　　　　　）　・　仕事の内容　（　　　　　　　　　　　） |
|  |  |  |  |
| 2.今までの病歴・治療歴・服薬状況をご記入下さい。　（ない場合には、□に✓をつけてください。） |
| 　□特になし |  |  |  |
| 病名 | 年齢 | 治療の有無 | 現在の状況 |
| 　 | 　 | 　なし　・　あり | 治療中・完治・服薬中・その他（　　　　　　　　） |
| 　 | 　 | 　なし　・　あり | 治療中・完治・服薬中・その他（　　　　　　　　） |
| 　 | 　 | 　なし　・　あり | 治療中・完治・服薬中・その他（　　　　　　　　） |
| 　 | 　 | 　なし　・　あり | 治療中・完治・服薬中・その他（　　　　　　　　） |
|  |  |  |  |
| 3.ご家族既往歴 |  |  |  |
| 　　肉親の方（父母・兄弟姉妹・祖父母・親戚など）の中に、次のような病気にかかった方が |
| 　　いらっしゃる場合に、該当する病名に〇印をつけてください。 |
| 　　　　　脳出血　　　高血圧　　　動脈硬化症　　　心臓病　　　　糖尿病　　　ガン　　　肝臓病 |
| 　　　　　アレルギー疾患　　　結核　　　　その他　（　　　　　　　　　　） |
|  |  |  |  |
| 4.自覚症状の有無について□に✓をつけてください。 |  |
| 　　　□特になし　　　　□あり　…具体的にご記入ください |
| 　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

 |
|

|  |
| --- |
| 5. 生活習慣についておたずねします。　 　【アルコール】　　①飲まない　　②飲む　　　　　　　を1日　　　　　　　本くらい　 　【たばこ】　　 　 ①吸わない　 ②吸う　1日　　　　　本　　　　　　年間 |

　　　　【運動】　　１）頻度　　　①ほとんど毎日　②週に２～３回　③週に１回　④月に２～３回　⑤月に１回　　　　⑥時々　　　　　　⑦ほとんどしない　　　　　　　　　　 2）内容　（　　　　　　　　　　　　　）　　 【食生活で気をつけていること】　　　　1. 塩分　　②糖分　　　③脂質　　　　④カロリー　　⑤その他　　　⑥何もしていない

6.女性の方へおたずねします。　　　　現在妊娠している可能性はありますか？　　いいえ　・　はい　授乳中ですか？　　　　　　　　　　　　 　　いいえ　・　はい　　　　　検査日現在、生理中ですか？　　　　　　　　いいえ　・　はい７.その他、健康上ご心配なことをご記入ください。 　 |

※問診票にご記入いただく事項は、健診の実施に関係する目的以外には使用いたしません。　　　 　　薬院内科循環器クリニック