

健康診断問診票

ふりがな		性別	昭 年 月 日生
氏名		男・ 女	平 (歳)
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○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。