**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