

健康診断 問診表

ID ()



ふりがな		男 女	職業
お名前			
ご住所	〒		
生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日生	才
		TEL	— —
		携帯	— —

(女性の方へ)

☆ 本日絶食ですか 食後_____時間 ☆ 今生理中ですか 最終月経_____日前

☆ 現在、気になる症状があればチェックしてください

特になし 頭痛 肩こり めまい 手足のしびれ 不眠
 食欲がない 動悸・息切れ 脈の乱れ 胸のしめつけ 手足がむくむ 便秘
 のどが渇く 腰痛 膝痛 その他 ()

☆ 以下の病気と言われたり、入院や治療を受けたことがありますか (すべてにお答えください)

脳卒中 (脳出血、脳梗塞など) はい いいえ
 心臓病 (狭心症、心筋梗塞など) はい いいえ
 糖尿病 はい いいえ
 慢性腎臓病や腎不全、人工透析 はい いいえ
 貧血 はい いいえ
 がん はい いいえ

「はい」 にチェックされた方、部位をお答えください ()

その他、治療歴や治療中の病気・ケガ等をすべて記入して下さい (例：平成〇年 盲腸手術 など)

()

現在、たばこを習慣的に吸っていますか はい いいえ
 (現在までに100本以上、または6か月以上吸っていて、最近1か月も吸っている)

お酒を飲みますか はい いいえ 時々 飲まない

☆アレルギーはありますか (お薬・食物など) はい いいえ

()

☆これまでの就労歴についておたずねします

農業・林業・漁業 卸売業・小売業 医療・福祉
 鉱業・採石業・砂利採取業 金融業・保険業 国家・地方公務員
 建設業 不動産業・物品賃貸業 その他サービス業
 製造業 学術研究機関・広告業
 情報通信業 飲食サービス
 運送・郵便業 理容・美容業
 電気・ガス・熱供給・水道業 教育・学習支援業