

問 診 票 (健康診断用)

受診日 年 月 日

フリガナ				希望される健康診断 (どちらかに○してください)		
お名前				定期健診 雇入時健診		
生年月日	西暦	年	月	日 (歳)	性別	男 ・ 女
住 所	〒					
電話番号	()	メールアドレス	@			

■ 業務歴 (雇入時健診の方のみ)

■ これまで下記の病気にかかったことはありますか？ また現在治療中の病気はありますか？

はい ・ いいえ 「はい」と答えた方は病名に○をつけ、いつ頃かをご記入ください。

	病 名	発症時期	転 記
脳	脳卒中(脳出血・脳梗塞) 脳腫瘍		治癒(術後)・治療中・観察・中断
心臓	狭心症 心筋梗塞 不整脈 弁膜症 心筋症		治癒(術後)・治療中・観察・中断
呼吸器	肺結核 気胸 肺腫瘍 肺がん 気管支喘息		治癒(術後)・治療中・観察・中断
消化器	慢性胃炎 胃・十二指腸潰瘍 胆のう結石症 虫垂炎 ポリープ 胃がん 大腸がん 食道がん		治癒(術後)・治療中・観察・中断
肝臓	脂肪肝 肝炎 肝がん		治癒(術後)・治療中・観察・中断
泌尿器	腎不全 腎盂腎炎 前立腺肥大症 前立腺がん 尿管結石		治癒(術後)・治療中・観察・中断
甲状腺	機能亢進症 機能低下症 甲状腺腫 甲状腺がん		治癒(術後)・治療中・観察・中断
婦人科	子宮筋腫 子宮内膜症 子宮がん 卵巣腫瘍 卵巣がん 乳がん		治癒(術後)・治療中・観察・中断
高血圧			治癒(術後)・治療中・観察・中断
糖尿病			治癒(術後)・治療中・観察・中断
脂質異常症 (コレステロール)			治癒(術後)・治療中・観察・中断
貧血			治癒(術後)・治療中・観察・中断
その他 (上記以外の病気、手術、けが等)			

■ 現在服用中の薬はありますか？

なし あり お薬の名前：

■ 下記の自覚症状に当てはまるものがあれば○をつけてください。(複数可)

胸部圧迫感		目眩・立眩み		胃痛	
心悸亢進・動悸		頭痛		腹痛	
息切れ		耳鳴り		下痢	
不眠		顔・足のむくみ(浮腫)		便秘	
肩こり・腰痛		喉が渇く(口渇)		その他	
手足のしびれ感		吐き気			

■ アレルギーはありますか？

なし あり 具体的に：

■ 喫煙はされますか？また喫煙歴はありますか？

なし あり 歳 ~ 歳 1日 本

■ 飲酒はされますか？

なし あり 飲酒頻度：週に 日 飲酒量：

■ 栄養指導に興味がありますか？

なし あり 相談したいこと：

■ 女性の方のみお答えください。

現在、妊娠されていますか？ いいえ わからない はい (週目)
授乳中ですか？ いいえ はい

ご回答ありがとうございました。健康診断当日に受付までお持ちください。