

健康診断問診票

検査日:

◎ この問診票で得られた情報は、個人情報保護法に従い管理致します。

フリカナ

氏 名

生年月日

歳

〒

住 所

職 業

携帯番号

自宅番号

配 偶 者 有 ・ 無

1. 現在治療中の病気、もしくは、過去に病気に罹った事がありますか？ (はい ・ いいえ)

- | | | |
|--------------------------------------|-----------|-------------|
| ☐ 高血圧 | 通院中(内服薬 |) ・ 治癒 ・ 中止 |
| ☐ 糖尿病 | 通院中(内服薬 |) ・ 治癒 ・ 中止 |
| ☐ 脂質異常症(高脂血症) | 通院中(内服薬 |) ・ 治癒 ・ 中止 |
| ☐ 高尿酸血症(痛風) | 通院中(内服薬 |) ・ 治癒 ・ 中止 |
| ☐ 貧血 | 通院中(内服薬 |) ・ 治癒 ・ 中止 |
| ☐ 心疾患(|) 通院中(内服薬 |) ・ 治癒 ・ 中止 |
| ☐ 肺疾患(|) 通院中(内服薬 |) ・ 治癒 ・ 中止 |
| ☐ 肝疾患(|) 通院中(内服薬 |) ・ 治癒 ・ 中止 |
| ☐ 腎疾患(|) 通院中(内服薬 |) ・ 治癒 ・ 中止 |
| ☐ 手術 (|) 通院中(内服薬 |) ・ 治癒 ・ 中止 |
| ☐ その他(|) 通院中(内服薬 |) ・ 治癒 ・ 中止 |

2. 以下の感染症に罹った事がありますか？ (はい ・ いいえ)

- ☐ 肺結核 ☐ B型肝炎 ☐ C型肝炎 ☐ 梅毒

3. 煙草を吸いますか？ (はい ・ いいえ ・ 以前は吸っていた)

タバコ本数(本/日) × 喫煙年数(年) 注:過去に吸っていた方もご記入下さい。

お酒を飲みますか？ (はい ・ いいえ ・ 以前は飲んでいた)

- ☐ 大体毎日 ☐ 週に1~2日 ☐ 月に1~3日 ☐ その他()

お酒の種類と1日飲酒量() 例:350ml 缶ビール1本

4. 自覚症状はありますか？ (はい ・ いいえ)

- ☐ 胸部圧迫感 ☐ 動悸 ☐ 息切れ ☐ 不眠 ☐ 肩こり ☐ 腰痛 ☐ 手足のしびれ
☐ めまい ☐ 頭痛 ☐ 耳鳴り ☐ 腹痛 ☐ 排便異常(下痢や便秘) ☐ 咳や痰

5. その他、気になることがあれば記入して下さい。