

ID

年 月 日

## 健康診断用問診票

事業所名				
フリガナ	生年月日	年 月 日	年齢 歳	性別 男・女
名前	住所 〒	TEL		
◆ 今までにかかった病気がありますか？ なし ・ 高血圧 ・ 脂質異常症 ・ 糖尿病 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 肝臓病 ・ ガン ・ 呼吸器疾患 ・ 貧血 ・ 痛風 白内障 ・ 緑内障 ・ 脳卒中 ・ その他 ( )				
◆ 輸血歴 ( なし ・ あり )				
◆ 現在飲んでいる薬はありますか？ ( なし ・ あり ) ( 薬の名前 )				
◆ 現在、気になる症状はありますか？ なし ・ 体重減少 ・ 胸が苦しい ・ 吐き気 頭痛 ・ 長く続く咳や痰 ・ 息切れ ・ めまい ・ 耳鳴り ・ ふらつき 手足のしびれ ・ 四肢のむくみ ・ 疲れやすい ・ 眠れない ・ 脈が乱れる その他 ( )				
◆ タバコを吸いますか？ いいえ ・ はい ( 歳から 本/1日 )				
◆ お酒は飲みますか？ いいえ ・ ときどき ・ 毎日				
◆ 女性の方 現在妊娠中/妊娠されている可能性はありますか？ ( いいえ ・ はい ) 生理中ですか？ ( いいえ ・ はい )				
◆ その他気になること				