

ID	
----	--

令和 年 月 日

健康診断用問診票

フリガナ	生年月日 年 月 日	年齢 歳	性別 男・女
名前	住所 〒	日中連絡先	

以下あてはまる項目にすべて○をつけて下さい

◆ 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