

# 健康診断問診票

受診日:  
※太枠部分は必ずご記入下さい。

※ふりがな	カルテ番号
※氏名(漢字)	※性別 男 ・ 女
※生年月日 年 月 日 ( 歳)	※Tel(携帯)
※住所	※栄養相談 (要 ・ 不要) 不要の場合、栄養相談用紙記入必要なし(別紙)
※結果報告書の送付先 (会社 ・ 自宅)	※会社名
※自宅への送付希望の方は住所をご記入ください。郵便配達状況が悪いため記入がない場合は会社宛に郵送致します。	
今までにかかった病気はありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	
今までに手術を受けたことはありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	
現在治療中の病気はありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	
現在飲んでいる薬はありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	
薬や食べ物のアレルギーはありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( 薬 ) ( 食べ物 )	
ご家族(血縁の方)に病気の方がいますか? <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる( 記入例: 高血圧(父) )	
自覚症状がありますか? <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 胃がもたれる <input type="checkbox"/> 肩こり <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 耳鳴り <input type="checkbox"/> 胸焼け <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> 尿の回数が多い <input type="checkbox"/> のどが渇きやすい <input type="checkbox"/> その他( )	
喫煙・飲酒について教えてください 喫煙: <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う( 1 日に 本 喫煙期間 年間 ) 飲酒: <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む( 週に 回 回に 本 種類 )	
ここ一年以内に、体重の増加、減少はありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(増加 kg 減少 kg)	
女性の方のみお答えください <input type="checkbox"/> 生理中である <input type="checkbox"/> 妊娠および可能性がある <input type="checkbox"/> 授乳中である	

※ご協力ありがとうございました。