

健康診断問診票

ID :

令和 年 月 日

ふりがな		男・女	生年月日	昭・平・令
お名前	様			年 月 日生
ご住所	〒 -	勤務先	TEL - -	
TEL	- -	当院受診	初めて ・ 以前も受診した	

1. 職業の種類や仕事の内容、勤続年数についてご記入ください。

- 1) ①会社員 ②自営業 ③農業 ④無職 ⑤専業主婦 ⑥その他 ()
2) 仕事の内容 () 勤続年数 (年 ヶ月)

2. これまでに大きな病気にかかった事や、治療を受けたことがあれば、病名と治療した時期をご記入ください。また現在も治療中の病気があればご記入ください。

※現在服用中の薬があれば、必ず記入してください。

3. 生活習慣について、該当する部分に○をつけてください。

※食生活について ①塩分制限 ②糖質制限 ③脂質制限 ④飲酒制限 ⑤カロリー制限
⑥その他の制限 () ⑦何もしていない

※飲酒について 1) 飲酒の有無 ①毎日飲んでいる ②時々飲む ③飲まない
2) 飲酒の量 1週間 回

※喫煙について 1) 喫煙の有無 ①吸う ②吸わない
2) 喫煙の本数 1日約 本

※運動の頻度について ①ほとんど毎日 ②週2~3回 ③週1回 ④月2~3回 ⑤月1回 ⑥時々
⑦ほとんどしない (内容:)

4. ご家族で以下の病気にかかった方はおられますか? はい いいえ

高血圧 高脂血症 糖尿病 狭心症/心筋梗塞 脳卒中 (脳血栓 脳出血 くも膜下出血)
がん (部位:) うつ病

5. 本日、食事はされましたか? した (食後 時間) していない

6. 現在妊娠および妊娠の可能性がありますか? はい いいえ

7. 生理中ですか? はい いいえ

氏名： _____

※該当する事項に✓をつけてください。

該当しない場合は、「特になし」に✓をつけてください。

- | | | |
|------|--|---|
| 循環器系 | <input type="checkbox"/> 胸の奥が（痛い・苦しい・やける・圧迫される・不快な）感じがする | |
| | <input type="checkbox"/> 息切れがしたり動悸がしやすい | <input type="checkbox"/> 脈が乱れる |
| | <input type="checkbox"/> 手足や顔がむくむことがある | |
| | <input type="checkbox"/> 特になし | |
| 呼吸器系 | <input type="checkbox"/> 咳や、たんがよく出る | <input type="checkbox"/> 夜、呼吸がゼイゼイする |
| | <input type="checkbox"/> 特になし | |
| 消化器系 | <input type="checkbox"/> 食欲がない | <input type="checkbox"/> 食後に胃が張る、もたれる |
| | <input type="checkbox"/> 胃が痛む（食後・空腹時・いつも） | <input type="checkbox"/> 胸やけがする |
| | <input type="checkbox"/> 吐き気がする | <input type="checkbox"/> 下痢と便秘を繰り返す |
| | <input type="checkbox"/> 黒い便が出ることもある | <input type="checkbox"/> 便の中に血が混じることがある |
| | <input type="checkbox"/> 特になし | |
| 神経系 | <input type="checkbox"/> 頭痛がひどい | <input type="checkbox"/> 常に頭が重い |
| | <input type="checkbox"/> 急にめまいがする | <input type="checkbox"/> 上を向くとフラフラする |
| | <input type="checkbox"/> しびれていたりピリピリしていることがある | |
| | <input type="checkbox"/> 耳鳴りがする | <input type="checkbox"/> 舌がもつれる感じがする |
| | <input type="checkbox"/> 特になし | |
| 運動系 | <input type="checkbox"/> 関節や腰が痛む | <input type="checkbox"/> 手足がつることがある |
| | <input type="checkbox"/> 特になし | |
| その他 | <input type="checkbox"/> いつも体が疲れやすくだるい | <input type="checkbox"/> 口が渴いて水分を多くとる |
| | <input type="checkbox"/> 尿に血が混じったり痛みがある | <input type="checkbox"/> 排尿回数が多い |
| | <input type="checkbox"/> 特になし | |

* その他の自覚症状や気になることがあればご記入ください。