

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