

* 患者様記入用 *

健康診断問診票

健診日 年 月 日

氏名		性別	男・女	生年月日	大・昭・平・令	年	月	日
住所	〒							
自宅電話	—		—		携帯電話	—		
業務歴	あり・なし	職種				業務期間	年	ヵ月

現在気になる自覚症状はありますか？

特になし 頭痛 動悸 肩こり 腰痛 めまい 耳鳴り 倦怠感 息切れ 胸やけ
顔や手足のむくみ のどが渇く 手足のしびれ
その他 ()

現在治療中の病気または過去に治療した病気はありますか？

特になし
あり→ *以下に病名と状況(1~5)を記入してください
【 1:治療中 2:経過観察中 3:手術歴あり 4:治癒・完治 5:指摘あり(未治療) 】
病名 () 状況 () 病名 () 状況 ()
病名 () 状況 () 病名 () 状況 ()
病名 () 状況 () 病名 () 状況 ()
病名 () 状況 () 病名 () 状況 ()

現在内服中のお薬はありますか？

特になし
あり→ *お薬手帳をお持ちの方はお出し下さい。手帳がない方は記入してください
()

喫煙しますか？

吸わない 吸う(1日 本/ 年間) 以前吸っていた(歳~ 歳まで/1日 本)

お酒はのみますか？

飲まない 時々のおむ(週 日程度) 毎日のむ

上記で時々のおむ・毎日のむと答えた方 飲酒日の1日当たりの飲酒量はどれくらいですか？

清酒 1合(180ml)の目安:ビール中瓶 1本(500ml)、焼酎 35度(80ml)、ウイスキーダブル 1杯(60ml)、ワイン 2杯(240ml)

1合未満 1~2合未満 2~3合未満 3合以上

女性の方にお伺いします

現在生理中ですか？ はい いいえ

現在妊娠中または妊娠の可能性はありますか？ はい いいえ わからない

◎◎ご記入ありがとうございました◎◎