

《健康診断問診票》

ID

受診日：

年

月

日

| | | | | | |
|--|------------------|--------|----------|-------|--------|
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 | | |
| 氏名 | | 男 女 | 昭和 平成 | 年 | 月 日 |
| 住所 | 〒 | | | | |
| 電話番号 | 自宅 | 携帯 | | | |
| 質問事項 | | | 回答 | | 医師記入 |
| 今までに有害業務に従事したことはありますか？ | | | はい ・ いいえ | | |
| 現在、ご勤務はされておりますか？ | | | はい ・ いいえ | | |
| ※「はい」とお答えした方への質問です。職種をご記入ください。 () | | | | | |
| 今までに病気にかかったことはありますか？ | | | はい ・ いいえ | | |
| ※「はい」とお答えした方への質問です。該当する病名に○をつけてください。 | | | | | |
| 心臓病 | 脳卒中 | 高血圧 | 糖尿病 | 脂質異常症 | 腎臓病 |
| 痛風 | 胆石 | 貧血 | 肝臓病 | 胃潰瘍 | 十二指腸潰瘍 |
| 眼科疾患 | → 病名をご記入ください () | | | | |
| 婦人科疾患 | → 病名をご記入ください () | | | | |
| 前立腺疾患 | → 病名をご記入ください () | | | | |
| がん疾患 | → 病名をご記入ください () | | | | |
| その他 | → () | | | | |
| 今までに手術をした事がありますか？ | | | はい ・ いいえ | | |
| ※「はい」とお答えした方への質問です。手術をした病名や部位をご記入ください。 () | | | | | |
| 現在、服薬していますか？ | | | はい ・ いいえ | | |
| ※「はい」とお答えした方への質問です。薬剤名をご記入下さい。 () | | | | | |
| 喫煙歴はありますか？ | | | はい ・ いいえ | | |
| 現在、喫煙をしていますか？ | | | はい ・ いいえ | | |
| ※「はい」とお答えした方への質問です。喫煙期間中の本数と年数をご記入ください。 1日 (本) 年数 (年) | | | | | |
| ☆女性の方へ質問です | | | | | |
| 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 | | |
| 現在、生理中ですか？ | | | はい ・ いいえ | | |

| | | |
|----------|----|----|
| クリニック記入欄 | 受付 | 会計 |
|----------|----|----|