

〈健康診断問診票〉

フリガナ

氏名 男 ・ 女 生年月日 年 月 日 歳

住所 〒

電話番号 - -

☆直前の食事時間 AM ・ PM (:)

☆女性のかたへ 現在、生理中ですか？ (はい ・ いいえ)

既往歴：(過去にかかったことがある病気や手術等)

なし ・ あり ()

職歴：(例)営業〇年 ・ 製造〇年

治療中の病気 (『あり』の場合は該当事項にチェックして下さい)						あり	なし	
<input type="checkbox"/>	高血圧	<input type="checkbox"/>	心臓病	<input type="checkbox"/>	脳血管障害	<input type="checkbox"/>	皮膚病	泌尿器系の病気 呼吸器系の病気 胃・十二指腸の病気 その他(病名:)
<input type="checkbox"/>	高脂血症	<input type="checkbox"/>	心筋梗塞	<input type="checkbox"/>	貧血症	<input type="checkbox"/>	肝臓病	
<input type="checkbox"/>	糖尿病	<input type="checkbox"/>	腎臓病	<input type="checkbox"/>	痛風	<input type="checkbox"/>	花粉症	
<input type="checkbox"/>	膵臓病	<input type="checkbox"/>	胆石	<input type="checkbox"/>	婦人科的病気	<input type="checkbox"/>	甲状腺の病気	

何かお薬を飲んでいますか (『あり』の場合は該当事項にチェックして下さい) あり なし

<input type="checkbox"/>	血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/>	血糖を下げる薬
<input type="checkbox"/>	コレステロールを下げる薬	<input type="checkbox"/>	その他(薬名も)

自覚症状 (『あり』の場合は該当事項にチェックをしてください) あり なし

呼吸器	<input type="checkbox"/>	風邪をひきやすい	<input type="checkbox"/>	目が疲れる・かすむ	<input type="checkbox"/>	胃が痛む	泌尿器	<input type="checkbox"/>	尿に血が混じる		
	<input type="checkbox"/>	咳やたんが出る	眼	<input type="checkbox"/>	目やに・涙がでる	<input type="checkbox"/>		下痢をする	<input type="checkbox"/>	尿をすると痛む	
	<input type="checkbox"/>	鼻づまり・鼻汁が出る	<input type="checkbox"/>	視力が低下した	消化器	<input type="checkbox"/>		便秘をする	<input type="checkbox"/>	残尿感がある	
	<input type="checkbox"/>	のどが痛い	<input type="checkbox"/>	耳鳴りがする		<input type="checkbox"/>		黒い便が出る	<input type="checkbox"/>	尿の回数が多い	
神経	<input type="checkbox"/>	声がかすれる	耳	<input type="checkbox"/>	聞こえが悪い	<input type="checkbox"/>	食欲がない	皮膚	<input type="checkbox"/>	おできがしやすい	
	<input type="checkbox"/>	頭が痛い・重い		<input type="checkbox"/>	耳が痛い	<input type="checkbox"/>	胃がはる・もたれる		<input type="checkbox"/>	かゆみがある	
	<input type="checkbox"/>	手足がしびれる		<input type="checkbox"/>	めまいがする	<input type="checkbox"/>	胸やけがする		<input type="checkbox"/>	湿疹がよくでる	
筋骨格	<input type="checkbox"/>	手足や関節が痛む	循環器	<input type="checkbox"/>	動悸・息切れ	全身症状	<input type="checkbox"/>	全身症状	<input type="checkbox"/>	物忘れがよくある	
	<input type="checkbox"/>	首や肩が痛い		<input type="checkbox"/>	胸をしめつける痛み		<input type="checkbox"/>		眠れない	<input type="checkbox"/>	寝汗をかく
	<input type="checkbox"/>	首や肩がこる		<input type="checkbox"/>	息苦しい		<input type="checkbox"/>		体がだるい	<input type="checkbox"/>	その他()
	<input type="checkbox"/>	背中や腰が痛む		<input type="checkbox"/>	顔や足がむくむ		<input type="checkbox"/>		疲れがとれない	<input type="checkbox"/>	
					手足が冷える	<input type="checkbox"/>					

生活習慣 (次の項目について該当事項にチェックして下さい)

たばこ	<input type="checkbox"/>	吸わない	<input type="checkbox"/>	吸う(1日 本)	<input type="checkbox"/>	やめた(1日 本・期間 年間)
アルコール	<input type="checkbox"/>	飲まない	<input type="checkbox"/>	飲む→(種類と1日量は?)		
	<input type="checkbox"/>	やめた(アルコールをやめて1年以上経つ)				

その他(何かあればご記入下さい)

●食後10時間以上経過していない場合や、生理中に検査を受けた場合、血液検査や検尿の結果に影響が出ることがございます。