

# 健 康 診 断 問 診 表

記入日 平成 年 月 日

フリガナ		性別
氏名		男 ・ 女
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 ( 歳)	
自宅住所	〒 -	電話
事業所名		電話

該当するものの [ ] 内に ✓ 印をしてください。

なお、追加事項がございましたら ( ) 内にご記入ください。

**A 業務歴** どんなお仕事ですか (職業の種類や仕事の内容、勤続年数を簡単にご記入ください)

1. [ ] ( )

**B 既往歴** 今までかかった病気(治療中の病気を除く)にチェックしてください

1. [ ] 特になし  
 [ ] 高血圧 [ ] 心臓病 [ ] 糖尿病 [ ] 結核 [ ] 喘息 [ ] 胃・十二指腸疾患 [ ] 肝臓病  
 [ ] 胆のう病 [ ] 腎臓病 [ ] 高脂血症  
 [ ] 上記以外での主な病気( )
2. 健康診断で注意を受けたことがありますか? [ ] ある [ ] ない
3. 胸部レントゲン検査で「異常」を指摘されたことがありますか? [ ] ある [ ] ない
4. 3.で[ある]とお答えの方で、その後精密検査を受けましたか? [ ] はい [ ] いいえ
5. 4.で[はい]とお答えの方は、精密検査の種類と結果をご記入ください。  
 種類( ・CT ・MRI ・ファイバー ・その他 )  
 結果( )

**C 治療中の病気** 現在医療機関で治療中の病気をお書きください。

1. [ ] 特になし  
 [ ] 治療中の病気( ) 医療機関名( )
2. 現在、aからcの薬の使用の有無について
- a 血圧を下げる薬 [ ] はい [ ] いいえ
- b インスリン注射又は血糖を下げる薬 [ ] はい [ ] いいえ
- c コレステロールを下げる薬 [ ] はい [ ] いいえ

**D 自覚症状** 最近1か月の自覚症状にチェックしてください。

1. [ ] 特になし  
 [ ] 耳なり [ ] 難聴がある [ ] 体がだるい [ ] 疲れやすい [ ] 食欲がない [ ] 眠りにくい  
 [ ] ものごとが気にかかる [ ] 頭が重い [ ] 頭が痛い [ ] めまい [ ] 動悸 [ ] 息切れ  
 [ ] 胸痛 [ ] 咳や痰がでる [ ] 風邪をひきやすい [ ] 胃痛 [ ] 胃もたれ [ ] はきけ  
 [ ] むねやけ [ ] 便秘 [ ] 下痢 [ ] 尿がでにくい [ ] 尿がすぎる [ ] 血尿 [ ] 腰痛  
 [ ] 手の関節痛 [ ] 足の関節痛 [ ] 薬疹 [ ] かぶれなど  
 上記以外の自覚症状があればご記入ください ( )

**E 嗜好品についてお答えください。**

1. 現在、たばこを習慣的に吸っていますか? [ ] はい [ ] いいえ  
 (※「習慣的」とは、これまでに100本以上、またh6ヶ月以上吸っていて、最近1ヶ月以上も吸っている場合をいいます。)  
 タバコの量は? ( 一日 本)
2. お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度 [ ] 毎日 [ ] 時々 [ ] ほとんど飲まない(飲めない)  
 飲酒日の1日当たりの飲酒量 [ ] 1合未満 [ ] 1~2合未満 [ ] 2~3合未満 [ ] 3合以上  
 (※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))

**F 睡眠で休養が十分とれていますか?** [ ] はい [ ] いいえ

1. [ ] いいえとお答えの方で、睡眠剤は服用されていますか? [ ] はい [ ] いいえ

**G 家族(血縁者)の主な病気と死因についてお答えください。**

1. [ ] がん [ ] 脳卒中 [ ] 心臓病 その他( )

**H 女性の方のみお答えください。**

1. 妊娠していますか(疑いも含む)? [ ] はい ・ [ ] いいえ
2. 生理中ですか? [ ] はい ・ [ ] いいえ