

健康診断問診票

健診日 令和 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	年齢
氏名		男・女	昭・平・令 年 月 日	
自宅住所	〒 — —	自宅	(— —)	
		携帯	(— —)	
		日中連絡先	()	

現在の自覚症状 (現在の気になる症状の番号に○印をご記入ください。)

1 特になし	11 腰が痛い
2 動悸や息切れ	12 目が疲れる
3 数分～15分程度持続する突発的な胸痛	13 痰や咳がよくでる
4 脈が乱れる	14 胃のもたれや胸やけがする
5 めまい	15 疲労がぬけない
6 頭痛が続く	16 発熱・微熱がある
7 耳鳴りが続く	17 食欲がない
8 舌がもつれる	18 下痢や便秘を繰り返す
9 手足がしびれる	19 慢性的にイビキがひどく、睡眠中に呼吸が止まることある
10 背中・首・肩がこる	20 その他()

病歴・治療歴

(今までにかかった病気の番号に○印をご記入ください。服薬中・経過観察・治療中断・治療不要のいずれかにも○印をご記入ください。)

No.	病名・発病時期	服薬中	経過観察	治療中断	治療不要	治療終了
1	高血圧 (歳頃)					
2	脳疾患 (病名 (歳頃)					
3	心臓病 (病名 (歳頃)					
4	糖尿病 (歳頃)					
5	腎臓病 (病名 (歳頃)					
6	肝臓病 (病名 (歳頃)					
7	胃腸病 (病名 (歳頃)					
8	脂質異常症(高脂血症)					
9	高尿酸血症または痛風					
10	貧血 (歳頃)					
11	その他 (病名 (歳頃)					
12	その他 (病名 (歳頃)					
13	耳の病気 (病名 (歳頃)					
14	呼吸器の病気(病名 (歳頃)					
15	歯周病 (歳頃)					

ご家族の病歴・治療歴

肉親の方(父母・兄弟姉妹・祖父母・叔父・叔母等)の中に次の様な病気にかかった方がいる場合該当する病名に○印をご記入ください。

No.	疾患名	No.	疾患名	No.	疾患名	No.	疾患名
1	脳疾患	3	心臓病	5	糖尿病	7	結核
2	高血圧	4	がん	6	肝臓病	8	

喫煙について もともと吸わない やめた(年前) 吸う(1日平均 本× 年)

飲酒について もともと飲まない やめた 時々 週に1～4日 毎日(合)(種類)

運動について(歩行を含め30分以上) 特にしていない 週に1日以下 週に2～4日 毎日

職業について

①仕事内容 ()
②労働時間 日数 : 週()日 時間 : 1日約()時間

過敏反応について(以下の症状をお持ちの方は薬品名をご記入ください。)

- ①注射後又は服薬後、発疹がでたことがある (薬品名:)
- ②注射後又は服薬後、気分が悪化したことがある (薬品名:)
- ③外用薬・貼付薬・目薬等がかぶれたことがある (薬品名:)
- ④食物・その他のアレルギーがある (疾患名:)

その他、健康上ご心配なこと、人間ドックへのご要望があればご記入ください。