

健康診断問診票

| | | | | |
|------|------|---|---|---|
| ID: | 記入日 | 年 | 月 | 日 |
| フリガナ | 性別 | 男 | ・ | 女 |
| 氏名 | 年齢 | 才 | | |
| 住所 〒 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 電話 | 携帯 | | | |

- 1 自覚症状あるいは気になることがあれば教えてください。

()
- 2 仕事内容を教えてください。

()
- 3 今までにかかった病気や現在治療中の病気はありますか。経過観察中の病気も回答して下さい。

特になし 悪性腫瘍（がん） 胃・十二指腸潰瘍 肝臓病

喘息 結核 目の病気 その他()
- 4 服薬中の薬はありますか。

いいえ はい

「はい」と答えた方、薬の名前を教えてください。

()
- 5 肉親の方でかかった方がいる病気を教えてください。

※肉親…父母・兄弟姉妹・祖父母・叔父叔母等

特になし 脳出血 心臓病 高血圧症（動脈硬化）

ガン 肝臓病 糖尿病 アレルギー疾患 結核

その他 ()
- 4 現在、運動習慣はありますか。

いいえ はい

「はい」と答えた方 運動の内容 () 頻度 ()
- 5 薬で具合が悪くなったことはありますか。

いいえ はい

「はい」と答えた方

・どんな薬ですか？

解熱鎮痛剤 抗生物質 ビタミン剤 下痢止め

造影剤 ステロイド その他 ()

・起きた症状

意識を失った 眠気 胃炎（吐き気・胃のむかつき） 発疹

皮膚のかゆみ 下痢 口内炎 その他 ()
- 6 食べ物のアレルギー

いいえ はい

「はい」と答えた方、種類を教えてください。

卵 牛乳 カニ・エビ 蕎麦

果物 ピーナッツ 魚 その他 ()
- 7 現在、血圧を下げる薬を使用している。

いいえ はい
- 8 現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用している。

いいえ はい
- 9 現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用している。

いいえ はい

