

健康診断 問診表

ふりがな
氏名 _____

生年月日: S・H 年 月 日 歳

住所 _____

電話番号 _____

勤務先名 _____

職種【 _____ 】

※以下の質問に対して該当する番号を選んで○をつけて下さい。 記入日:平成 年 月 日

項目	質問内容	回答			
		1. はい	2. いいえ		
1	今までに病気にかかったことはありますか？	1. はい	2. いいえ		
2	それはどんな病気ですか？	【心臓病・脳卒中・高血圧・糖尿病・高脂血症・痛風・胆石】			
		【貧血・肝臓病・結核・胃・十二指腸潰瘍・前立腺疾患】			
		【腎臓病・婦人科疾患・眼科疾患・その他()】			
3	現在も治療中(服薬中)ですか？	1. はい	2. いいえ		
4	病気や怪我で輸血を受けたことがありますか？	1. はい	2. いいえ		
5	両親・兄弟・姉妹がかかったことのある病気はありますか？	1. はい	2. いいえ		
	【心臓病・脳卒中・高血圧・糖尿病・高脂血症・結核・癌・その他()】				
6	現在、右の薬を飲んでますか？	①血圧を下げる薬	1. はい	2. いいえ	
7		②インスリン注射や血糖を下げる薬	1. はい	2. いいえ	
8		③コレステロールを下げる薬	1. はい	2. いいえ	
9	右記の病気の診断または治療を受けたことがありますか？	①脳卒中(脳出血や脳梗塞など)	1. はい	2. いいえ	
10		②心臓病(狭心症や心筋梗塞など)	1. はい	2. いいえ	
11		③慢性の腎不全・人工透析	1. はい	2. いいえ	
12	タバコを吸いますか？	1. はい	2. いいえ		
	1日平均どのくらい吸いますか？ 【 1日 本 × 年間】 やめた方【 年前】				
13	お酒はどのくらいの頻度で飲みますか？	1.毎日	2.時々	3.ほとんど飲まない	
14	お酒を飲む時はどのくらいの量を飲みますか？	ビール	焼酎	日本酒	その他
	例 ビール 350ml、焼酎 2杯	()	()	()	()
15	1日(合計で)1時間以上歩きますか？	1. はい	2. いいえ		
16	この1年間で体重が3kg以上変化(増減)しましたか？	1. はい	【増・減】	2. いいえ	
17	*女性の方にお聞きします。				
	最終月経は【 月 日】または【 才閉経】				
	月経は【 順調 ・ 不順 】 【 日周期】				

自覚症状等についてお聞きします

氏名 _____

※該当する事項にチェックをつけてください

循環器系

- 胸の奥が(痛い ・ 苦しい ・ やける ・ 圧迫される ・ 不快な)感じがする
- 息切れがしたり動悸がしやすい
- 手足や顔がむくむことがある
- 脈が乱れる

呼吸器系

- せきやたんがよく出る
- 夜、呼吸がゼイゼイする

消化器系

- 食欲がない
- 胃が痛む(食後 ・ 空腹時 ・ いつも)
- 吐き気がする
- 黒い便が出る事がある
- 食後に胃が張る、もたれる
- 胸やけがする
- 下痢と便秘を繰り返す
- 便の中に血が混じることがある

神経系

- 頭痛がひどい
- 急にめまいがする
- しびれていたりピリピリしていることがある
- 舌がもつれる感じがする
- 常にあたまが重い
- 上を向くとフラフラする
- 耳鳴りがする

運動系

- 関節や腰が痛む
- 手足がつることがある

その他

- いつも体が疲れやすくだるい
- 尿に血がまじったり痛みがある
- * その他の自覚症状がありましたら、お書き下さい
- 口が渇いて水分を多くとる
- 排尿回数が多い

()