

# 健康診断用 問診票

ID: \_\_\_\_\_

記入日 年 月 日

名前	フリガナ	生年月日	
		大正・昭和・平成・令和 年 月 日	
住所	〒	電話	自宅：
			携帯：
職業：	職種：	体温：	℃

## 1. 現在気になる自覚症状はありますか？

特になし ・ 頭痛 ・ 動悸 ・ 腹痛 ・ 肩こり ・ めまい ・ 耳鳴り ・ 倦怠感 ・ 息切れ  
むくみ ・ しびれ ・ のどが渇きやすい ・ 胸焼け ・ 腰痛  
その他（ ）

## 2. 今までにかかった、または治療中の病気はありますか？

高血圧 ・ 脂質異常症 ・ 糖尿病 ・ 痛風 ・ 狭心症/心筋梗塞 ・ 不整脈 ・ 脳卒中  
喘息 ・ 肝臓/腎臓 ・ 癌（ ）  
その他（ ）

## 3. 現在内服しているお薬や市販薬、サプリメントなどがありますか？

なし ・ あり（お薬名： ）

## 4. アレルギーが出たことはありますか？

薬物           なし ・ あり   （薬品名： ）  
食べ物       なし ・ あり   （食品名： ）

## 5. タバコは吸いますか？

吸わない ・ 以前は吸っていた（ 年前） ・ 吸う（ 歳より 1日 本）

## 6. お酒は飲みますか？

飲まない ・ 飲む（毎日・週に 回 種類： 1日 杯） ・ 機会飲酒

## 7. 家族に病気の方はおられますか？

なし ・ あり（ ）（例 父：胃がん、祖母：高血圧など）

## ●女性の方へ

妊娠の可能性はありますか？ はい ・ いいえ 授乳中ですか？ はい ・ いいえ  
健康診断の日は生理中ですか？ はい ・ いいえ