

健康診断問診票

受診日 年 月 日

会社名	氏名	生年月日 M T S H 年 月 日生 ()才
-----	----	--------------------------------

《1》今までに治療を受けた事のある病気があれば○をしてください。
 高血圧症 脳卒中 心臓病 腎臓病 肝胆疾患 糖尿病 結核 精神疾患 特になし
 その他 ()

《2》血の繋がった家族（両親・兄弟・祖父母）に次の病気があれば○をしてください。
 高血圧症 心臓病 糖尿病 結核 癌 精神疾患 特になし
 その他 ()

《3》現在治療中の病気のある方は病名を記入してください。
 病名 () 特になし

《4》最近のあなたの症状について該当するところに○をしてください。

(1)頭痛がする	はい	いいえ	(13)上腹痛がある	空腹時 なし	食後
(2)手足がしびれる	はい	いいえ	(14)下腹部痛がある	空腹時 なし	食後
(3)耳鳴りがする	はい	いいえ	(15)吐気・嘔吐がある	はい	いいえ
(4)めまいがする	はい	いいえ	(16)食欲がない	はい	いいえ
(5)普通の動作で息切れ、 動悸がする	はい	いいえ	(17)体重の増減がある	痩せた 不変	増えた
(6)胸部中央が しめつけられる様に痛む	はい	いいえ	(18)便柱が細くなった	はい	いいえ
(7)夜、寝ている時に 胸痛で目が覚める	はい	いいえ	(19)便に血が付いている	はい	いいえ
(8)顔・手・足がむくむ	はい	いいえ	(20)黒っぽい便が出る	はい	いいえ
(9)咳・痰が出る	はい	いいえ	(21)残尿感がある	はい	いいえ
(10)血の混じった痰が出る	はい	いいえ	(22)尿が出にくい、または 時間がかかる	はい	いいえ
(11)1ヶ月以上咳が続く	はい	いいえ			
(12)胸やけがする	はい	いいえ			

その他の症状 []

《5》生活習慣について記入してください。
 (1)タバコは吸いますか？ はい 1日約 ()本 約 ()年間
 いいえ

(2)お酒は飲みますか？ はい 週に約 ()日 ()を
 ()本・杯
 いいえ

《6》健康上の事で気になることがあれば記入してください。

《7》女性の方は記入してください。

(1)不正性器出血がある	はい	いいえ	(4)現在妊娠している	はい	いいえ
(2)おりものがある	はい	いいえ		可能性がある	
(3)乳房にしこりがある	はい	いいえ	(5)最終月経	平成	年 月 日
右側	はい	いいえ		から	
左側	はい	いいえ		平成	年 月 日

※当院では、妊娠の方・妊娠の可能性のある方に対して、放射線を浴びる検査を行いません。

(患者ID:)