

健診日: 令和 年 月 日

# 健康診断 問診票

No \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

男 ・ 女 \_\_\_\_\_

年齢 \_\_\_\_\_

歳 \_\_\_\_\_

★ 次の該当する口を■に塗りつぶして下さい。

自覚症状	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 胸の圧迫感 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 顔や手のむくみ <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 立ちくらみ <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> のどが渇く <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 耳鳴り    その他・具体的に ( _____ )		
現在もっている病気 及び 過去にかかった病気	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症(痛風) <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 肝臓病 (脂肪肝・肝硬変・肝炎等) <input type="checkbox"/> 腎臓病 (腎不全・ネフローゼ等) <input type="checkbox"/> 脳卒中 (脳出血・脳梗塞・脳血栓等) <input type="checkbox"/> 心疾患 (狭心症・心筋梗塞等) <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		
現在飲んでいる薬	<input type="checkbox"/> あり → ( _____ ) <input type="checkbox"/> なし ( _____ )		
前回の健診で、指摘された検査はありますか。	<input type="checkbox"/> はい 指摘された内容 _____ <input type="checkbox"/> いいえ ( _____ )	再検査しましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
喫煙	<input type="checkbox"/> あり    } いつから ( _____ 歳) <input type="checkbox"/> 以前吸っていた    } いつまで ( _____ ) <input type="checkbox"/> なし    喫煙本数 ( 1日 _____ 本)	禁煙の意思	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
飲酒	頻度 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない(飲めない) 飲酒量 <input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1~2合未満 <input type="checkbox"/> 2~3合未満 <input type="checkbox"/> 3合以上 酒の種類 <input type="checkbox"/> ビール <input type="checkbox"/> 日本酒 <input type="checkbox"/> 焼酎 <input type="checkbox"/> ウイスキー	☆ <u>健康・病気について、何か気になること、相談したいことがあればご記入下さい。</u>	

★ 女性の方のみお答え下さい。 妊娠している可能性はありますか。  はい  いいえ

◆ 健診の記録 (こちらは記入する必要はありません。)

身長 \_\_\_\_\_ cm    体重 \_\_\_\_\_ K g    BMI \_\_\_\_\_    腹囲 \_\_\_\_\_ cm

血圧 ① \_\_\_\_\_ mmH g    ② \_\_\_\_\_ mmH g

視力 右 \_\_\_\_\_ ( )    左 \_\_\_\_\_ ( )    眼鏡    コンタクト    なし

握力 右 ① \_\_\_\_\_    ② \_\_\_\_\_    左 ① \_\_\_\_\_    ② \_\_\_\_\_

聴力 右 1000H z 所見なし \_\_\_\_\_ d B    左 1000H z 所見なし \_\_\_\_\_ d B

4000H z 所見なし \_\_\_\_\_ d B    4000H z 所見なし \_\_\_\_\_ d B

色覚    異常なし    異常あり