

健康診断 問診票

ふりがな

氏名

男・女 年齢

歳

●以下の質問にお答えください。回答は、該当する番号に○を付けてください

最後に食べたり、飲んだりしたのはいつですか	時頃 又は 食後	分
前回、健康診断を受けたのはいつですか また、健診結果はいかがでしたか 1. 今回はじめて 2. 1年前 3. 2年前 4. 3年前 5. 4年前以上 (その結果は → 1. 異常なし 2. 要経過観察 3. 要治療)		
現在治療中の病気には○を、診断や治療を受けた事がある病気には△を付けてください 1. 特になし 2. 高血圧症 3. 糖尿病 4. 脂質異常症 5. 脳卒中 6. 心臓病 7. 肝臓病 8. 悪性腫瘍(がん) 9. 腎臓病 10. 喘息 11. 胃・十二指腸潰瘍 12. その他()		
血縁の方で(祖父母、父母、兄弟、姉妹、子供)下記の病気になった人はいますか 1. 特になし 2. 高血圧症 3. 糖尿病 4. 脂質異常症 5. 脳卒中 6. 心臓病 7. 肝臓病 8. 悪性腫瘍(がん) 9. その他()		
たばこを吸っていますか (電子たばこも含む) 1. いいえ (やめた) (年前から 1日 本 年間吸っていた) 2. はい (1日 本 年間吸っている)		
お酒は飲まれますか 1. いいえ(やめた) <ビール・日本酒・焼酎・ワインを 1日 ml(日/週) 年前まで> 2. はい <ビール・日本酒・焼酎・ワインを1日 ml(日/週) 年間>		
最近の1年間に見られた症状はありますか 1. 頭が痛くなる 2. 手足に急に力が入らなくなり、しばらくすると治る 3. 急に胸がしめつけられたり、ドキドキして止まらない事がある 4. のどの渇き、夜間トイレに2~3回行く事がある 5. めまい (目の前が暗くなる感じ) がする 6. 階段や坂道を上がる時、途中で休むようになった 7. 体重が5kg以上増加している。又は減少している。 8. 特になし 9. その他 ()		

女性の方のみお答えください。

- | | | | | |
|------------------|-----|----|---|-----|
| ・生理中ですか | いいえ | はい | (| 日目) |
| ・妊娠中、又は可能性はありますか | いいえ | はい | (| 週目) |
| ・閉経は何歳頃ですか | | | (| 歳) |