

健康診断質問票

フリガナ		企業名						
名前		男・女	生年月日	年	月	日	歳	電話
〒	—	住所					携帯	

1. 服薬の状況について伺います。現在、次の薬を使っているかどうかを「はい」か「いいえ」でお答えください。また、使っているお薬の名前がわかれば記入ください。

	薬を使っている		薬の名前
血圧を下げる薬	はい	いいえ	
インスリン注射や血糖を下げる薬	はい	いいえ	
コレステロールを下げる薬	はい	いいえ	

2. 主な既往歴について伺います。これまで治療をしたことのある病気について、「はい」か「いいえ」でお答えください。

脳血管	脳卒中	はい	いいえ	貧血と診断されたことがある	はい	いいえ
	脳出血（脳卒中）	はい	いいえ		心疾患	狭心症
脳梗塞（脳卒中）	はい	いいえ	心筋梗塞	はい		いいえ
その他の脳血管疾患	はい	いいえ	心不全	はい		いいえ
腎不全	慢性的な腎不全	はい	いいえ	虚血性心疾患		はい
人工透析	人工透析	はい	いいえ	その他の心疾患	はい	いいえ
胸部疾患	肺の病気	はい（病名）（ ）歳 右・左				いいえ

3. 主な既往歴以外に、これまで治療をしたことのある病気がありましたら、右の空欄に○を記入してください。

1. 高血圧		4. 高脂質血症		7. 糖尿病		10. うつ	
2. 低血圧		5. 高尿酸血症		8. 肝臓病		11. 骨粗鬆症	
3. 不整脈		6. 腎不全以外の腎疾患		9. 胃・十二指腸潰瘍			

4. 自覚症状について伺います。次の症状について、「はい」か「いいえ」でお答えください。

1. 胸の圧迫感	はい	いいえ	7. めまい・立ちくらみ	はい	いいえ	13. 下痢と便秘の両方	はい	いいえ
2. 動悸や心臓の激しい鼓動	はい	いいえ	8. 頭痛・耳鳴りがする	はい	いいえ	14. 痔の傾向がある	はい	いいえ
3. 息切れがする	はい	いいえ	9. いつも調子が悪い	はい	いいえ	せきがでる	はい	いいえ
4. 不眠	はい	いいえ	10. お腹が張っている	はい	いいえ	たんがでる	はい	いいえ
5. 肩こり・腰痛	はい	いいえ	11. 下痢	はい	いいえ	たんに血が混じる	はい	いいえ
6. 手足のしびれ感	はい	いいえ	12. 便秘	はい	いいえ	呼吸がしにくい	はい	いいえ

5. 喫煙歴についてお伺いします。

現在、習慣的にたばこを吸っている	はい	いいえ	「はい」とお答えの方 1日のタバコ本数 1日（ ）本 喫煙年数（ ）年
------------------	----	-----	--

※「習慣的」とは、これまで100本以上、または6ヵ月以上吸っていて、最近1ヵ月以上も吸っている場合をいいます。

6. 次のような「ほこりの多い職場」で働いたことがありますか。

はい いいえ

<input type="checkbox"/> 石綿加工	<input type="checkbox"/> 木材加工	<input type="checkbox"/> 農薬散布	<input type="checkbox"/> 金属加工	<input type="checkbox"/> 印刷（有機溶剤取扱）
<input type="checkbox"/> 石材加工（採石、鉱山など） <input type="checkbox"/> その他（ ）				

7. 飲酒の頻度について伺います。○を記入してください。

毎日飲む 時々飲む ほとんど飲まない

8. 食事をかんで食べる時の状態について伺います。

良くかんで食べる かみにくいことがある

9. 生活習慣の改善について、保健指導を受ける機会があれば利用しますか。（40歳以上）

はい いいえ

10. 女性の方にお伺いします。

生理中である	はい	いいえ	妊娠中である（X線不可）	はい	いいえ	可能性がある
--------	----	-----	--------------	----	-----	--------

上記 1.2.3 以外のお薬の服用・既往歴、その他心配なことがありましたらご記入ください。