

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、内服しているお薬の名前がわかれば記入ください。

	薬を内服している		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、または、これまで治療をしたことのある病気がありましたら、番号に○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	13.脳卒中	16.狭心症
2.低血圧	5.高尿酸血症	8.肝臓病	11.骨粗鬆症	14.脳出血	17.心筋梗塞
3.不整脈	6.腎臓病	9.胃・十二指腸潰瘍	12.貧血	15.脳梗塞	
18.その他()					

3.自覚症状について伺います。次の症状について当てはまる場合は番号に○を記入してください。

1.胸の圧迫感	7.めまい・立ちくらみ	13.下痢と便秘の両方
2.動悸や心臓の激しい鼓動	8.頭痛・耳鳴りがする	14.痔の傾向がある
3.息切れがする	9.いつも調子が悪い	15.せきがでる
4.不眠	10.お腹が張っている	16.たんがでる
5.肩こり・腰痛	11.下痢	17.たんに血が混じる
6.手足のしびれ感	12.便秘	18.呼吸がしにくい

4.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)
------------------	----	-----	---------------------------------------

5. 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
----	-----

☐ 石綿加工	☐ 木材加工	☐ 農薬散布	☐ 金属加工	☐ 印刷(有機溶剤取扱)
☐ 石材加工(採石、鉱山など) ☐ その他()				

6.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
------	------	----------

7.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
----------	------------

8.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
----	-----

9.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 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。

--