

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【1日()本、()年間】
- 以前は吸っていたが、最近1カ月ほど吸っていない
- いいえ

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。

- 毎日 週5~6日 週3~4日 週1~2日
- 月に1~3日 月に1日未満 やめた 飲まない(飲めない)

7. 生活習慣の改善について、保健指導を受けたことがありますか。

はい いいえ

8. 女性の方にお伺いします。

- 生理中 妊娠中である 妊娠の可能性はある 閉経した()歳

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。