

健康診断問診票

年 月 日

ふりがな			職業	
氏名				
生年月日	昭・平 年 月 日 (歳)	性別	男 ・ 女	
住所	〒			
携帯		自宅TEL その他		

1 病歴について

現在治療（服薬）中、または治療歴のあるものに○をしてください。

なし ・ 高血圧症 ・ 脂質異常症 ・ 糖尿病 ・ 高尿酸血症 ・ 難聴
その他（上記以外の病気、けが、手術など）

[]

2 体調について

気になる症状があれば、記入してください。

[]

3 喫煙について

現在、たばこを吸っていますか？

☐ いいえ ☐ はい（1日 本／ 年間） ☐ 禁煙した（1か月以上経過）

4 飲酒について

お酒を飲む頻度は、どれくらいですか？

☐ 飲まない ☐ 毎日 ☐ 週に3・4回 ☐ 週に1・2回 ☐ 機会飲酒
・種類（ ） ・量（ / 日 ）

5 飲食について

水、お茶以外のものを10時間以内に、摂取しましたか？

☐ いいえ ☐ はい（ 月 日 午前 / 午後 時頃）

6 女性の方へ

現在生理中（生理後3日も含む）、または妊娠中ですか？

☐ いいえ ☐ 生理中 ☐ 妊娠中、または妊娠の可能性がある

7 健康について

健康への影響が生じる可能性が高い環境で働いたことがありますか？

☐ いいえ ☐ はい（ ☐ レントゲン室 ☐ 原子炉 ☐ 石綿、埃、塵の舞う現場 ）
☐ その他（ ）

8 受取方法

- ☐ 医師から結果説明を受けたい。 《診察次回》
☐ 医師からの説明は不要、結果票の受取りでよい。 《窓口受取》
☐ 結果票を郵送して欲しい。 《郵送》