問診票

フリガナ		生年月日	昭和 ☐ 平成 ☐	年	月	日
氏名	様	性別	男性 ☐ 女性 ☐			

以下の質問について、それぞれ該当する欄(1つ)に☑をつけてください。

1	血圧を下げる薬を服用している ☆	はい ☐	いいえ ☐	
2	インスリン注射または血糖を下げる薬を服用している ☆	はい ☐	いいえ ☐	
3	コレステロールを下げる薬を服用している ☆	はい ☐	いいえ ☐	
4	医師から脳卒中(脳出血、脳梗塞等)の診断を受けたり、治療を受けたことがある	はい ☐	いいえ ☐	
5	医師から心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の診断を受けたり、治療を受けたことがある	はい ☐	いいえ ☐	
6	医師から慢性腎不全の診断を受けたり、治療(人工透析)を受けたことがある	はい ☐	いいえ ☐	
7	医師から貧血と言われた事がある	はい ☐	いいえ ☐	
8	現在、たばこを習慣的に吸っている。(今までに合計100本以上、又は6ヵ月以上吸っている者のうち、最近1ヵ月間「毎日」又は「時々」吸っている者) ☆	はい ☐	いいえ ☐	
9	20歳の時から10kg以上増加している	はい ☐	いいえ ☐	
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上1年以上実施している	はい ☐	いいえ ☐	
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施している	はい ☐	いいえ ☐	
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度は速い	はい ☐	いいえ ☐	
13	この1年間で体重の増減が±3kg以上あった	はい ☐	いいえ ☐	
14	人と比較して食べる速度が速い	速い ☐	ふつう ☐	遅い ☐
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある	はい ☐	いいえ ☐	
16	夕食後に間食(3食以外の夜食)をとることが週に3回以上ある	はい ☐	いいえ ☐	
17	朝食を抜くことが週3回以上ある	はい ☐	いいえ ☐	
18	お酒を飲む頻度	毎日 ☐	時々 ☐	ほとんど飲まない(飲めない) ☐
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 ※清酒1合(180ml)の目安:ビール中瓶1本(約500ml)、焼酎35度(80ml)、ウィスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	1合未満 ☐ 2～3合未満 ☐	1～2合未満 ☐ 3合以上 ☐	
20	睡眠で休養が十分とれている	はい ☐	いいえ ☐	
21	運動や食生活の生活習慣を改善してみようと思いますか	改善するつもりはない ☐ 近いうちに改善するつもりであり、少しずつ始めている ☐ 既に改善に取り組んでいる(6ヵ月以上) ☐	改善するつもりである(6ヵ月以内) ☐ 既に取り組んでいる(6ヵ月未満) ☐	
22	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	はい ☐	いいえ ☐	

引き続き、裏面へお進みください

※健康診断当日までにご記入の上、お持ちください

既往歴について

該当箇所に発症年齢と現況に☑をつけてください

特になし ☐

病名	発症年齢	現況	病名	発症年齢	現況
高血圧		治療中・服薬中 ☐ 経過観察 ☐ 治癒 ☐	低血圧		治療中・服薬中 ☐ 経過観察 ☐ 治癒 ☐
糖尿病		治療中・服薬中 ☐ 経過観察 ☐ 治癒 ☐	がん		治療中・服薬中 ☐ 経過観察 ☐ 治癒 ☐
高脂血症・脂質異常症		治療中・服薬中 ☐ 経過観察 ☐ 治癒 ☐	胃・十二指腸疾患		治療中・服薬中 ☐ 経過観察 ☐ 治癒 ☐
脳卒中・脳血管障害		治療中・服薬中 ☐ 経過観察 ☐ 治癒 ☐	その他の消化器疾患		治療中・服薬中 ☐ 経過観察 ☐ 治癒 ☐
狭心症・心筋梗塞		治療中・服薬中 ☐ 経過観察 ☐ 治癒 ☐	うつ		治療中・服薬中 ☐ 経過観察 ☐ 治癒 ☐
その他の心臓病		治療中・服薬中 ☐ 経過観察 ☐ 治癒 ☐	喘息		治療中・服薬中 ☐ 経過観察 ☐ 治癒 ☐
慢性腎疾患		治療中・服薬中 ☐ 経過観察 ☐ 治癒 ☐	緑内障		治療中・服薬中 ☐ 経過観察 ☐ 治癒 ☐
その他の腎疾患		治療中・服薬中 ☐ 経過観察 ☐ 治癒 ☐	骨粗鬆症		治療中・服薬中 ☐ 経過観察 ☐ 治癒 ☐
貧血		治療中・服薬中 ☐ 経過観察 ☐ 治癒 ☐	前立腺肥大		治療中・服薬中 ☐ 経過観察 ☐ 治癒 ☐
不整脈		治療中・服薬中 ☐ 経過観察 ☐ 治癒 ☐	甲状腺疾患		治療中・服薬中 ☐ 経過観察 ☐ 治癒 ☐
B型C型肝炎		治療中・服薬中 ☐ 経過観察 ☐ 治癒 ☐	呼吸器系疾患		治療中・服薬中 ☐ 経過観察 ☐ 治癒 ☐
その他の肝臓病		治療中・服薬中 ☐ 経過観察 ☐ 治癒 ☐	高尿酸血症(痛風)		治療中・服薬中 ☐ 経過観察 ☐ 治癒 ☐
その他の病気(左詰め) ( )					治療中・服薬中 ☐ 経過観察 ☐ 治癒 ☐

自覚症状について

特になし ☐　該当する症状に☑をつけてください

疲労感 ☐	めまい、立ちくらみ ☐	胸やけ ☐	意識消失 ☐	便秘 ☐
眼精疲労 ☐	頭痛 ☐	胃痛 ☐	不眠 ☐	下痢 ☐
首・肩こり ☐	咳がよくでる ☐	手足のむくみ ☐	体重減少 ☐	血便 ☐
動悸 ☐	痰がよくでる ☐	手足のしびれ、まひ ☐	関節が痛む ☐	胃部不快感 ☐
息切れ ☐	胸痛 ☐	舌のもつれ ☐	耳鳴り ☐	残尿感 ☐

その他(左詰め) ( )

【女性のみ】妊娠中 または妊娠の可能性あり ☐

他覚症状について

最近まわり(第3者)から、健康上について何か言われたことがあれば記入してください

特になし ☐

その他(左詰め) ( )

採血について

該当する箇所に☑をつけてください

過去に採血をして気分が悪くなったことがある ☐　血が止まりにくい、または血液をさらさらにする薬(ワーファリン等)を服薬中である ☐

業務歴について

該当する箇所に年数を記入し、複数業務歴のある方は、現職に☑をつけてください

職種	現職	従事年数	職種	現職	従事年数
管理職	☐	年	技術職	☐	年
事務職	☐	年	技能職	☐	年
営業職	☐	年	その他(左詰め) ( )	☐	年

問診は以上です。おつかれさまでした。