

健康診断問診票

年 月 日

ふりがな		性別
氏名		男・女
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	歳
会社名		

以下の質問について該当するものに○をつけてください。

① 業務歴について

- これまで健康への悪影響が心配されるような職場で働いていたことはありますか？
(例：有害物を扱ったり、有害な作業環境下での仕事など)

(1. はい 2. いいえ)

「はい」の場合、内容を記載してください。

(内容：)

② 現病歴・服薬歴について

- 現在、血圧を下げる薬を飲んでいますか？

(1. はい 2. いいえ)

「はい」の場合、内容を記載してください。

(内容：)

- 現在、血糖を下げる薬を飲んだり、インスリンを使用していますか？

(1. はい 2. いいえ)

「はい」の場合、内容を記載してください。

(内容：)

- 現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいますか？

(1. はい 2. いいえ)

「はい」の場合、内容を記載してください。

(内容：)

- その他、現在、治療中の病気はありますか？

(1. ある 2. ない)

「ある」の場合、内容を記載してください。

(内容：)

③ 既往歴について

- 医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか？

(1. ある 2. ない)

- 医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか？

(1. ある 2. ない)

・医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析)を受けたことがありますか？ (1. ある 2. ない)

・医師から貧血と言われたことがありますか？

(1. ある 2. ない)

・これまで長く通院したとか、入院・手術をした病気はありますか？

(1. ある 2. ない)

「ある」の場合、内容を記載してください。

・手術 (病名：) (歳頃)

・入院 (病名：) (歳頃)

・その他 (病名：) (歳頃)

④ 自覚症状について

現在、下記の症状がある方は、番号に○をつけて下さい。

1. どうき 2. 階段で息切れ 3. めまい 4. せきやたんが出る
5. 食欲がない 6. 吐き気がする 7. よくゲップが出る 8. 胸焼けがする
9. 吐血したことがある 10. 腹痛がある(食後・空腹時)
11. 腹部の膨満感・不快感がある 12. 体重減少 13. 口が渴く
14. 手足のしびれ 15. 身体のどこかにこりや痛みがある
16. 黒い便が出る 17. 便に血がまじる

・その他、現在心配なことなどありますか？

(1. ある 2. ない)

「ある」の場合、内容を記載してください。

(内容：)

⑤ 嗜好歴について

・お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどれくらいですか？

1. 毎日 2. 時々(週 日) 3. ほとんど飲まない(飲まない)

・飲酒日の1日当たりの飲酒量はどれくらいですか？

清酒 1合(180ml)の目安:ビール 500ml、焼酎 35度 80ml、ウイスキーダブル 1杯 60ml、ワイン 2杯 240ml

1. 一合未満 2. 一～二合未満 3. 二～三合未満 4. 三合以上

・現在、たばこを習慣的に吸っていますか？

1. はい (本/日： 年間)

2. いいえ

3. 以前は吸っていたが今はやめた (本/日： 年間： 歳まで)

⑥ 生活習慣について

・20歳のときから体重が10kg以上増加していますか？

(1. はい 2. いいえ)

・1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上、1年以上実施していますか？

(1. はい 2. いいえ)

