

健康診断問診票

ふりがな			
氏名		昭和・平成	年 月 日 歳
住所		電話番号	
会社名			

・タバコは吸いますか？（ ）本・箱/日・吸わない・喫煙歴あり（ ）歳まで吸っていた
 ・お酒は飲みますか？（ ）杯・本/日・お酒の種類（ ）・飲まない

・現在、気になる症状などがあればご記入ください

・特殊な化学薬品・放射線などを扱う仕事を行ったことがありますか？
 あり ・ ない

・今まで（または現在）病気やけがで治療・手術を受けたことがありますか？
 （“ある”にあてはまる方は、その当時のご年齢と病名をご記入ください。）
 あり ・ ない

・家族歴：両親・兄弟（血縁関係）に下記病気の方はいますか？
 高血圧 ・ 心臓病 ・ 脳卒中 ・ 糖尿病 ・ がん（部位： ）

・現在飲まれている薬はありますか？
 （“ある”にあてはまる方は、お薬名をお書きください。お薬手帳をお持ちの方は受付へご提出ください。）
 あり ・ ない

・薬・注射・食べ物などでアレルギー症状が出たことがありますか？
 あり（薬品名・食品名 ） ・ ない

※女性の方は必ずご記入をお願いします。

◎ 妊娠中（ ）週目 授乳中（ ）
 ◎ 妊娠の可能性が → あり ・ 不明 ・ ない
 ◎ 閉経（ ）歳