

# 健康診断問診票

年 月 日受診

点線より上、太枠内の項目を記入してください。選択の回答は○をつけてください。

患者番号	No.	診察前の体温 ( ) °C
ふりがな		生年月日 ( 昭和・平成 )
氏名 ( 歳 )		年 月 日
		電話番号
住所 〒		
1. 既往歴 ( 今までにかかった病気や手術 )		
2. 現病歴 ( 治療中の病気と内服薬の薬剤名 )		
3. 業務歴 ( 例 : 営業職 3 年、販売業 1 年など )		
4. 自覚症状 ( あり ・ なし ) ※ありの場合は下記に症状を記入してください		
5. 喫煙 ( あり ・ なし ) 喫煙中の方 : 1 日の喫煙量 ( 本 )		
6. アルコール摂取の頻度 ( 毎日飲む ・ 時々飲む ・ ほとんど飲まない )		
7. 最終食事後 10 時間以上経過していますか ( はい・いいえ )		
8. 《女性の方のみお答えください》 妊娠中、もしくはその可能性がありますか ( はい・いいえ )		
9. 結果を郵送希望されますか ( 100 円の負担をお願いします ) ( はい・いいえ )		

\*結果は1週間( / )以降にご来院ください 以上ご回答ありがとうございます。

簡易・雇入れ・他 ( ) 診断書用紙 有・無 項目用紙 有・無

医療機関記入例		視力			医師記入項目
			裸眼	矯正	
身長	cm		右	( )	他覚症状 ( あり ・ なし )
体重	kg		左	( )	
腹囲	cm	聴力	右	1000HZ	聴・打診 ( 所見あり・所見なし )
BMI				4000HZ	
血液検査	あり・なし		左	1000HZ	胸部レントゲン
				4000HZ	
検尿	□入力済 糖 ( ) 蛋白 ( ) 潜血 ( )			心電図	
血压	収縮期 / 拡張期 1 回目 ( ) mmHg 2 回目 ( ) mmHg 平均値 ( ) mmHg ※130/85mmHg 以上の場合 2 回測定 2 回とも基準値以上の場合 平均値			総合コメント	