

健康診断問診票



太枠の中のご確認をお願い致します。間違いがあればお申し出ください。

会社・団体				* 院内記入欄	
会社連絡先				日付	年 月 日
フリガナ 氏名				体温	℃
生年月日	年 月 日 (歳)	性別	男・女	保険者名称：	
住所	〒			保険者番号：	
				被保険者記号：	
電話番号				被保険者番号：	

ご自身の既往歴について教えてください

1.過去、現在かかったことのある病気について該当される方は☑をして下さい											
病名	過去	通院中 (服薬有)	通院中 (服薬無)	病名	過去	通院中 (服薬有)	通院中 (服薬無)	病名	過去	通院中 (服薬有)	通院中 (服薬無)
胃潰瘍	☐	☐	☐	高血圧	☐	☐	☐	甲状腺疾患	☐	☐	☐
十二指腸潰瘍	☐	☐	☐	高脂血症	☐	☐	☐	結核	☐	☐	☐
胃ポリープ	☐	☐	☐	心筋梗塞	☐	☐	☐	胸膜炎	☐	☐	☐
痔	☐	☐	☐	狭心症	☐	☐	☐	喘息	☐	☐	☐
糖尿病	☐	☐	☐	心臓病	☐	☐	☐	慢性閉塞性肺疾患	☐	☐	☐
肝臓病	☐	☐	☐	脳梗塞	☐	☐	☐	白内障	☐	☐	☐
胆のう結石	☐	☐	☐	脳出血	☐	☐	☐	緑内障	☐	☐	☐
尿路結石	☐	☐	☐	痛風	☐	☐	☐	がん	☐	☐	☐
腎臓病	☐	☐	☐	貧血	☐	☐	☐	☐ 輸血をされた事がある			
その他 ()					☐	☐	☐	☐ 上記項目に該当ありません			
2.通院中に☑をされた方は病院名を教えてください											
いつ頃から： 年 月頃から 病院名：											
3.手術をされた事があれば教えてください											
いつ頃： 年 月頃 病名： 病院名：											

下記の項目について教えてください

女性の方へ	生理中 → ☐ いいえ ☐ はい
	「はい」の方 ☐ 後日来院して採尿を実施する ☐ 「生理中」と記載することに同意する
	妊娠 → ☐ いいえ ☐ はい ☐ 可能性あり
	「はい」「可能性ありの方」 ☐ 健診結果表に記載することに同意 ☐ 記載に同意しない
血縁のご家族（実祖父母・実父母・兄弟姉妹）の病歴について該当される病歴があれば☑をして下さい	☐ がん ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 脳出血・脳梗塞 ☐ 心筋梗塞 ☐ 糖質代謝異常 ☐ その他 ()

続いて以下の項目について教えてください。

血圧を下げる薬を服用していますか？		☐ はい ☐ いいえ
血糖を下げる薬を服用またはインスリン注射を使用していますか？		☐ はい ☐ いいえ
コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用していますか？		☐ はい ☐ いいえ
お薬や食品などでアレルギーが出たことはありますか？	☐ ない	*「ある」と答えた方 薬品名・食品名（ ） 症状（ ）
	☐ ある	
たばこをお吸いになりますか？	☐ 吸わない	*「吸う」と答えた方 1日 本 喫煙歴 年
	☐ 吸う	*「禁煙した」と答えた方 年前に禁煙し、喫煙歴 年
	☐ 禁煙した	
アルコールをお飲みになりますか？	☐ 飲まない	*「飲む」と答えた方 1週間のうち 日
	☐ 飲む	
コロナワクチン接種はされましたか？	☐ いいいえ	*はいの方 R 年 月に 回目接種済み
	☐ はい	

最近気になる症状があれば教えてください

該当症状がなければ「特にありません」に☑してください

胃不快感	☐	排尿痛がある	☐	喉の渇き、よく水を飲む	☐
胃痛がある	☐	尿に血が混じる	☐	胸やけがする	☐
吐き気がある	☐	咳、痰が増えてきた	☐	食欲がない	☐
腹痛がある	☐	血痰が出ることがある	☐	疲れやすい	☐
腰痛がある	☐	動悸、息切れがする	☐	視力が落ちた	☐
便秘しやすい	☐	胸がしめつけられる	☐	耳鳴りがする	☐
下痢しやすい	☐	脈が乱れる	☐	眠れない	☐
便に血が混じる	☐	頭痛、めまいがする	☐	特にありません	☐
便が細くなった	☐	手足がむくむ	☐	その他（ ）	

健診日当日の飲食について教えてください

本日、最後に食べ物を食べた時間は？	
☐ 起床してから何も食べていない	☐ 食べた 時間前
本日、最後に糖分の入った飲み物を飲んだ時間は？（水・お茶以外）	
☐ 起床してから何も飲んでない	☐ 飲んだ 時間前

ご記入ありがとうございました。受付にお出してください。