

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 (はい・いいえ) (120 円負担お願いします) 採血結果同封有・無		

*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	所見あり ・ 所見なし	
BMI				4000HZ		所見あり ・ 所見なし
血液検査	あり・なし		左	1000HZ	所見あり ・ 所見なし	聴・打診 (所見あり・所見なし)
				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	