



健康診断問診表

このたびは当院にて健康診断をご利用いただき誠にありがとうございます。
健診を行うにあたって、以下の質問にお答えいただけますよう、お願い申し上げます。又
個人情報の保護にあたり、当院においては健康診断の目的以外で使用することは致しません。
ご了承ください。

受診日 年 月 日 開始時間 :

ID フリガナ氏名

生年月日 昭和・平成 年 月 日(歳) 性別 男・女

〒 住所 電話 (自宅・携帯)

会社名 健保組合名

保険証:記号 番号 被保険者・被扶養配偶者 (健保組合健診の方は必ずご記入下さい)

体調に関して何か気になることはありますか
ない・ある ()

今までにご病気・入院・手術をしたことがありますか
ない・ある (例)頭痛 アトピー 高血圧 心臓病 不整脈 気管支喘息 ガン
胃十二指腸潰瘍 肝炎 腎炎 甲状腺疾患 脳血管障害 血液疾患 その他
(時期・病名)

今治療中のご病気はありますか
ない・ある (病名)

現在内服しているお薬はありますか
ない・ある (薬の名前と飲み方)

お薬に対してアレルギーはありますか
ない・ある (薬の名前)

血縁にどなたかご病気の方はいらっしゃいますか
いない・いる (例)高血圧 心臓病 糖尿病 脳疾患 甲状腺疾患 婦人科疾患 ガン
血液疾患 その他
(どなたが、何のご病気ですか)

タバコ 吸わない・過去吸ったことがある・吸う (1日 本 年間)

アルコール 飲まない・飲む (何をどのくらい)

食生活について 不規則 塩分が多い 糖分が多い 香辛料を好む コーヒーを好む

睡眠について 睡眠時間 時間 よく眠れる 眠れない いびきをかく

ストレス ない 少しある 普通 とてもある

女性の方のみお答え下さい この項目のみ、当日ご回答下さい

最後に月経が始まった日はいつですか 年 月 日から 日間

現在妊娠している可能性はありますか ない・ある 現在妊娠 ヶ月

本日、X線(レントゲン)検査をすることに同意しますか 同意する ・ 同意しない

ご署名

どうもありがとうございました。