

# 健康診断問診票

日付: \_\_\_\_\_

ふりがな		生年月日	年 月 日 ( 歳)
お名前		性 別	男性 ・ 女性
住 所	【〒 -       】	電話番号	-        -

①健診の種類をお選びください

入社時健診 ・ 定期健診 ・ 生命保険加入前健診 ・ 健康把握のための健診 ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

②健診コース A ・ B ・ C      記入用紙 あり ・ なし      項目用紙 あり ・ なし

③現在、何か自覚症状はありますか？

いいえ      はい      症状をご記入ください

④現在治療中の病気や今までにかかったことのある病気はありますか (カゼなどの軽いものは除く)

いいえ      はい      例: 40歳ころ 高血圧

⑤現在内服しているお薬はありますか。

いいえ      はい      薬の名前をご記入ください。またはお薬手帳をお出してください。

⑥薬や食べ物のアレルギーはありますか？

いいえ      はい      アレルギーが出た薬や食べ物の名前をご記入ください。

⑦たばこは吸われますか？(吸ったことある方は、喫煙年数と本数を記入してください)

いいえ      過去に (    年間 ・ 本/1日) 吸っていた      吸っている (    歳より)

⑧お酒を飲みますか、頻度はどれくらいですか？(はいに○をつけられた方は、頻度と量を記入してください)

いいえ      はい (    週    日程度    量:    ml/1日)

⑨放射線・有機溶剤・粉じん取扱い・鉛取扱いなど有害物質に関連する業務をしたことはありますか？

いいえ      はい      業務内容をご記入ください。

⑩アルコールにかぶれたり、アレルギーはありますか？      いいえ      はい

⑪採血をして気分が悪くなったことがありますか？      いいえ      はい

⑫【女性の方へ】

- ・ 現在、生理中ですか。      いいえ      はい
- ・ 妊娠しているまたは妊娠している可能性はありますか。      いいえ      はい      わからない