

健康診断 問診票

(フリガナ)		男 ・ 女	電話番号	
お名前			生年月日	年 月 日 (歳)
ご住所	(〒 —)			

◆ これまでに解体工事や有機溶媒使用などの、健康への悪影響が懸念される職業に就かれたことはありますか？ (ある ・ ない)

◆ 現在、治療中の病気はありますか？ (ある ・ ない)

◆ 今までに大きな病気(入院・手術など)にかかったことはありますか？ (ある ・ ない)

◆ ここ1年間で体重変化はありますか？ kg (増えた ・ 減った ・ 不変)

◆ 生活習慣について教えてください。

喫煙： なし あり 禁煙(過去喫煙) _____本 / 日 × _____年

飲酒： なし あり ビール_____杯、日本酒_____杯、焼酎_____杯 / 日

◆ 健診を受ける前、最後の食事はいつ頃とられましたか？ (本日 ・ 昨日) _____時頃

◆ (女性の方に)妊娠の可能性はありませんか？ (ある ・ ない)