

健康診断問診票

記入日 令和 年 月 日

ふりがな		性別	男性・女性
氏名			
生年月日	昭和・平成 年 月 日	年齢	歳
住所	〒	電話番号 ()	

☆領収書の宛名を会社名等にする方は、下記に名称をご記入ください。

()

健診の目的	<input type="checkbox"/> 雇入時健康診断 <input type="checkbox"/> 定期健康診断 <input type="checkbox"/> その他（入学・資格・試験 等）			
業務歴	今までにどんな仕事に就いていましたか <input type="checkbox"/> 業種または職種 () <input type="checkbox"/> 学生			
業務に関して	過去に以下の仕事に従事されたことはありますか：学生さんは「ない」になります <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 有害物質取扱い（有機剤・鉛・特定化学物質・他） <input type="checkbox"/> 粉塵 <input type="checkbox"/> 石綿 <input type="checkbox"/> 電離放射線 <input type="checkbox"/> 高圧・潜水 <input type="checkbox"/> その他の特殊業務 () いつ頃ですか 年 月～ 年 月まで			
病気に 関して	現在治療中・過去に治療を受けた病気や怪我はありますか → <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（下記に記入）			
	病名	治療中	内服中	治療開始
	高血圧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	() 歳 ～ () 歳
	脂質異常症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	() 歳 ～ () 歳
	糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	() 歳 ～ () 歳
	心疾患 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	() 歳 ～ () 歳
	腎疾患 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	() 歳 ～ () 歳
	貧血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	() 歳 ～ () 歳
その他 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	() 歳 ～ () 歳	
()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	() 歳 ～ () 歳	
()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	() 歳 ～ () 歳	
()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	() 歳 ～ () 歳	
自覚症状	最近、感じる症状はありますか <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 耳鳴り <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 肩こり <input type="checkbox"/> 胸の痛み <input type="checkbox"/> どうき <input type="checkbox"/> 脈の乱れ <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 咳がでる <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 手足のしびれ <input type="checkbox"/> からだがだるい <input type="checkbox"/> その他 ()			
喫煙歴	たばこは吸いますか <input type="checkbox"/> 吸ったことはない <input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> 禁煙した			
◆女性の方へ：以下を選択いただき、■に該当する際は必ず受付にお知らせください <input type="checkbox"/> 妊娠していない <input checked="" type="checkbox"/> 妊娠している（可能性含む）→X線検査は受けられません <input type="checkbox"/> 生理中ではない <input checked="" type="checkbox"/> 生理中である →尿検査が異常値になる可能性があります				