

# 健康診断問診票

※ 医療機関が記入

※実施日 令和 年 月 日

※ID \_\_\_\_\_

フリガナ

名前

生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (満 歳)

性別 男 ・ 女

1. 今までにかかった病気がありましたらご記入ください。  
(病名・何才時に・入院・手術の有無)

2. 現在、治療中・経過観察中の病気がありましたらご記入ください

3. 業務歴をご記入ください

4. ご家族の病気についてご記入ください。

父:健在・病気・死去 (病名) )  
母:健在・病気・死去 (病名) )  
兄弟姉妹:続柄・病気・死去 (病名) )  
(病名) )

5. これまでの健診の結果、精密検査の指示を受けたことはありますか。  
いいえ )  
はい 指示内容・結果( )

6. 日常生活習慣についてご記入ください

① 睡眠ー よく眠れる・眠れないことがある・薬を服用している

② 食欲ー 正常・減退

③ 食事時間ー 規則的・不規則

④ 好物ー 塩辛い食物・甘い食物・油っこい食物・あっさりした食物  
肉・魚・野菜

⑤ お酒 飲まない  
飲む → 週に( )回  
ほんのわずか・( )合程度

⑥ タバコ 吸わない  
以前吸っていた→やめてから( )年  
吸う →1日( )本( )年間

⑦ 仕事 デスクワーク・肉体労働・その他( )

⑧ 日常生活の中で心がけていること(運動、食事など)がありましたら  
お書きください。

7. 下記の該当するものに○をつけてください

・体重が(増加・減少)した  
・疲れやすい

・血圧が高い(と言われたことがある)  
・血圧が低い(と言われたことがある)  
・動悸、息切れがある  
・胸が痛くなることもある

・咳・痰が多い  
・息苦しいことがある。  
・セイゼイすることがある。

・食べ物がのどまたは胸につかえる  
・胸やけ、げっぷがある。  
・胃が痛む(空腹時、食後)  
・吐き気がある。  
・食欲がない  
・下痢しがち  
・便秘しがち  
・ガスが良く出る  
・血便や黒色便が出たことがある  
・痔がある(出血・痛み・いぼ)

・よくのどが渇く  
・顔がむくむ  
・足がむくむ  
・尿量が以前に比べて多い  
・尿量が以前に比べて少ない  
・排尿時に痛みがある  
・尿に血が混じる  
・尿の出が悪い  
・排尿してもまだ残っている感じがする

・歩くのに不自由がある。  
・関節が痛い・腫れる  
・しびれがある  
・手指がふるえる  
・手がこわばる

・のぼせる  
・手足が冷える

・視力低下  
・目の痛みがある

・耳が痛い  
・耳鳴りがすることがある  
・めまいが起きる

・鼻血がよくでる  
・鼻水がよくでる  
・鼻がよくつまる

・首筋・肩がこる  
・腰が痛む  
・神経痛がある

・皮膚がかゆい  
・蕁麻疹がでる  
・皮下出血する

・薬のアレルギーがある  
薬剤名

・その他のアレルギーがある

・該当項目なし

何かご心配な点、ご質問などございましたら  
ご記入ください。

[ ]