

健康診断問診票（女性）

この度は、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。
健診を行うにあたり、下記のご質問内容のご記入をお願い致します。

健診日：

ID：

ふりがな			生年月日	歳
お名前	様			
ご住所	〒			
ご連絡先	(自宅)		(携帯)	
勤務先			電話番号	
勤務先住所	〒			

1、今までに健康診断を受けたことがありますか。

初めて 毎年(当院・他院) その他(年ぶり)(当院・他院)

2、今までにかかった疾患、又は現在治療中の疾患はありますか。下記の欄に発症年齢、疾患名、薬剤名、経過、手術歴をご記入下さい。

手術を受けたことがある 手術歴なし

特になし

発症年齢	疾患名	治療中	内服中の薬剤名	治癒	観察中

3、現在、気になる症状はありますか。ある場合は、下記の症状で当てはまる項目に○印をご記入下さい。

特になし

食欲がない	胃が張る	吐き気	胸焼け	腹痛	便秘
痔出血	下痢	頭痛	肩こり	めまい	耳鳴り
手足のむくみ	腰痛	動悸	息切れ	脈の乱れ	手足が冷える
疲れる	寝汗をかく	尿が近い	血尿	湿疹が出来やすい	咳、痰が出る
精神的な悩み	尿の出が悪い	生理不順			
その他：					

4、肉親の方(祖父母、父母、兄弟姉妹)の中に次のような疾患にかかった方がいらっしゃいますか。

いる場合は、下記の該当欄に○印を付けて下さい。わかる方は病名をご記入下さい。

特になし

病名	がん(部位)	高血圧	脳血管疾患(出血・梗塞)	心疾患	糖尿病	脂質異常症
祖父						
祖母						
父						
母						
兄弟姉妹						

裏面のご記入もお願いします

5、嗜好品について

飲酒	<input type="checkbox"/> ほとんど飲まない
	<input type="checkbox"/> 時々(回数： 回/週・又は 回/月)・(量： <input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1～2合未満 <input type="checkbox"/> 2～3合未満 <input type="checkbox"/> 3合以上)
	<input type="checkbox"/> 毎日(量： <input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1～2合未満 <input type="checkbox"/> 2～3合未満 <input type="checkbox"/> 3合以上)
参考：日本酒1合(180ml)の目安：ビール約500ml、焼酎25度(110ml)、ウイスキー1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	
喫煙	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 禁煙した <input type="checkbox"/> 吸う*本数(本/日)・期間(年間)

6、アレルギーはありますか。ある場合は下記の項目に○印並び内容をご記入下さい。

特になし

ある：花粉症・草木・動物()・薬()・食品()

7、下記の項目を使用した業務に就いたことはありますか。ある場合は下記の項目に○印を付けて下さい。

特になし

極端な高温環境	極端な低温環境	放射線の取り扱い	電圧作業	振動を与える業務	重量物の取り扱い
騒音作業	有機溶剤	特定化学物質	石綿・塵肺	病原体による汚染	坑内
深夜労働					

8、女性のみご記入下さい。

・現在、妊娠中又は妊娠の可能性がありますか。

はい(週) いいえ わからない

婦 人 科	初潮 (歳)	閉経 (歳)
	月経： <input type="checkbox"/> ある(順調・不順) <input type="checkbox"/> ない	
	不正出血： <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
	最近の月経： 月 日～ 日間	
	<input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 未婚/性交渉の経験 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
	妊娠： 回	
	出産： 回 (帝王切開手術 ある・ない)	