

# 健康診断問診票

令和 年 月 日受診

点線より上の太枠内の項目を記入してください。選択の回答は○をつけてください。

患者番号 No.	
ふりがな	
氏名	
生年月日	(昭・平・令) 年 月 日 ( 歳)
住所	〒
電話番号	(自宅) (携帯)
既往歴 (今までにかかった病気や手術): なし・あり→	
現病歴 (治療中の病気と薬の名前): なし・あり→	
業務歴 (例: 営業職 3 年、販売歴 1 年など): なし・あり→	
自覚症状 (あり・なし) * ありの場合は下記に症状を記入してください。	
喫煙 (あり・なし) 喫煙中の方: 1 日の喫煙本数 ( 本)	
お酒を飲む頻度 (毎日飲む・時々飲む・ほとんど飲まない)	
最終食事後 10 時間以上経過していますか? (はい・いいえ)	
* 女性の方のみ答えてください。	
現在妊娠中、もしくはその可能性がありますか? (はい・いいえ)	

\* 結果は 1 週間後( 月 日)以降にご来院ください。ご回答ありがとうございました。

医療機関記入項目		視力 (裸眼 (矯正))		医師記入項目
身長	cm	右	( )	他覚症状 (あり・なし)
体重	kg	左	( )	聴打診 (所見あり・なし)
腹囲	cm	聴力		胸部レントゲン
BMI		右	1000 Hz 所見あり・所見なし 4000 Hz 所見あり・所見なし	心電図
血液検査	あり・なし			
検尿	糖 ( ) 蛋白 ( )	左	1000 Hz 所見あり・所見なし 4000 Hz 所見あり・所見なし	その他の検査
血圧	1 回目 ( ) mmHg 2 回目 ( ) mmHg * 130/85 mmHg 以上の時は 2 回測定。			総合コメント