

# 健康診断問診票

年 月 日

ふりがな 氏名	性別	男 ・ 女
生年月日 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日生 ( 歳)		
現住所 〒	電話 携帯	- - - -
勤務先名		
1. 食後 時間 (最終食事 時)      2. 空腹		

1. 当院に来院された事がありますか      ある ・ ない      (現在の体温:      °C)

2. 職業の種類や仕事の内容、勤続年数についてご記入下さい。

1) 会社員    2) 自営業    3) 農業    4) 無職    5) 専業主婦    6) その他

3. 仕事の内容 (      )      勤続年数 (      年      ヶ月)

4. これまでに病気にかかったことや、治療を受けた事があれば、ご記入下さい。

また現在治療中の病気があればご記入下さい。

5. 生活習慣について、該当する項目に ○ をつけてください。

食生活について    1) 何もしてない    2) 塩分制限    3) 糖質制限    4) カロリー制限    5) その他の制限

飲酒について ① 飲酒の有無    1) 毎日飲んでいる    2) 時々飲む    3) 飲まない

② 飲酒量(1日平均)    1) ビール 1~2 本以下    2) 3 本以上

喫煙について ① 喫煙の有無    1) 吸う    2) 吸わない

② 喫煙の本数(1日平均)    1) 10 本以下    2) 11~20 本    3) 21~30 本

4) 31~40 本    5) 41 本以上

運動について 頻度    1) ほとんど毎日    2) 週に 1 回    3) 週に 2~3 回    4) 月に 1 回

5) 月に 2~3 回    6) 時々    7) ほとんどしない

内容 (      )

6. 現在妊娠中および妊娠の可能性があります。 ( はい ・ いいえ )

7. 現在、調子の悪い事や気になる事があればご記入ください。