

問 診 票

フリガナ 男 昭和
氏 名 女 平成 年 月 日 (才)

〒
自宅住所 TEL() -

企 業 名 TEL() -

保険証の記号・番号 記号 _____ 番号 _____

以下の質問にお答えください。

(1) これまでに人間ドックを受けられたことがありますか？
 ない あるいは (年 月頃) 当院 ・ 他院

(2) これまでに入院や手術をされたことがありますか？
 入院 ない あるいは (才頃) 病名：
 手術 ない あるいは (才頃) 病名や手術部位：

(3)は事業主に報告する問診です。必ずご記入下さい。

(3) 該当する回答の番号を○で囲んで下さい。

	質問事項	回答
1-3	現在、aからcの薬の使用の有無	
1	a. 血圧を下げる薬	①はい ②いいえ
2	b. インスリン注射又は血糖を下げる薬	①はい ②いいえ
3	c. コレステロールを下げる薬	①はい ②いいえ
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ
6	医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析)を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがある。	①はい ②いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っている。 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者)	①はい ②いいえ
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	①はい ②いいえ