

(8) 食生活についてお尋ねします。

- ①味付け 薄い 普通 濃い
- ②脂肪分 少ない 普通 多い
- ③量 腹一杯食べる 腹八分にしている 極力ダイエットしている
- ④野菜 あまり食べない 普通 よく食べる
- ⑤果物 あまり食べない 普通 よく食べる
- ⑥健康食品(サプリメントなど)の摂取 あり なし

(9) 女性の方のみお願いします。

- ①生理中ですか? いいえ はい
- ②妊娠の可能性は? ない ある
- ③授乳中 いいえ はい

ありがとうございました。

問 診 票

フリガナ	男	西暦	年	月	日	(才)
氏 名	女					
	〒	携帯()	-			
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(年 月頃)当院 ・ 他院

(2) これまでの業務歴をご記入下さい。(例：営業職 etc)

※(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. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	①はい ②いいえ
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	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、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析など)を受けていますか。	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