

問診票（健康診断）



※太枠内をご記入ください。

フリガナ 氏名		健診日		令和	年	月	日
		生年月日	<input type="checkbox"/> 大	<input type="checkbox"/> 昭	<input type="checkbox"/> 平	<input type="checkbox"/> 令	年 月 日
住所		〒					
電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 携帯	()				
健診メニュー	<input type="checkbox"/> 入社前健診 <input type="checkbox"/> 個人健診 <input type="checkbox"/> 企業健診 ※企業名 () <input type="checkbox"/> その他 ()						
過去の病歴	<input type="checkbox"/> 脳卒中 (脳出血、脳梗塞等) <input type="checkbox"/> 心疾患 (狭心症、心筋梗塞等) <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 気胸 <input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 癌 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 喘息						
<input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> その他 ()						
自覚症状	<input type="checkbox"/> 胸部圧迫感 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 立ちくらみ <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 痔の傾向 <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 手足しびれ <input type="checkbox"/> 不眠						
<input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> その他 ()						
現在治療中の病気	<input type="checkbox"/> 脳卒中 (脳出血、脳梗塞等) <input type="checkbox"/> 心疾患 (狭心症、心筋梗塞等) <input type="checkbox"/> 慢性腎不全 (人工透析等) <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 癌 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 喘息						
<input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> その他 ()						
服薬中のお薬	<input type="checkbox"/> 血圧の薬 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 糖尿病の薬 <input type="checkbox"/> 心臓の薬 <input type="checkbox"/> 高脂血症の薬 <input type="checkbox"/> 尿酸の薬 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> アレルギーの薬 <input type="checkbox"/> その他 ()						
喫煙	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> やめた				
	1日 () 本 × () 年間		() 年前まで吸っていた				
飲酒	<input type="checkbox"/> ほぼ飲まない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 毎日 1日 () ml						
視力矯正	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> メガネ <input type="checkbox"/> コンタクト						
食事・水分	水以外の水分・食事の最終摂取時刻 () 時間前		又は		月	日	時頃
※女性の方	<input type="checkbox"/> 妊娠していない <input type="checkbox"/> 妊娠している (可能性がある)		<input type="checkbox"/> 月経中でない		<input type="checkbox"/> 月経中		

▼職員記入欄

カルテID							
健診区分	<input type="checkbox"/> 入社前 <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 企業 <input type="checkbox"/> その他 ()						
オプション	<input type="checkbox"/> 採血無し <input type="checkbox"/> 心電図無し <input type="checkbox"/> その他検査 ()						
身長	.	cm	体重	.	kg	BMI	.
腹囲	.	cm					
血圧	上	/	下	mmHg	※130/85以上時再検	上	/
							下
視力	右	.	(矯正)	.	左	.	(矯正)
聴力	右	1000Hz ()	4000Hz ()	左	1000Hz ()	4000Hz ()	
検尿			胸部レントゲン		採血		心電図

内科健診							
顔色	<input type="checkbox"/> 正常・ ()		心音	<input type="checkbox"/> 正常・ ()			
目瞼結膜	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 貧血	<input type="checkbox"/> 充血	肺野	<input type="checkbox"/> 正常・ ()		
眼球結膜	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 貧血	<input type="checkbox"/> 充血	腹部	<input type="checkbox"/> 正常・ ()		
脈拍	<input type="checkbox"/> 正常		<input type="checkbox"/> 不整	その他	()		
				Dr.サイン			
				Ns.サイン			