

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
住所		生年月日		<input type="checkbox"/> 大	<input type="checkbox"/> 昭	<input type="checkbox"/> 平	<input type="checkbox"/> 令
電話番号		年齢		歳		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
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					
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					
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					
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 1日 () 本 × () 年間 <input type="checkbox"/> やめた () 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	.
血圧	上	/	下	mmHg	※130/85以上時再検	上	/
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					