

◇健康診断問診表◇

下記の項目について、ご記入または○をつけてください。

西暦 年 月 日

ふりがな		男 ・ 女	生年月日
お名前			昭和・平成・令和 年 月 日生
ご住所	〒	電話番号	
		()	

A. 現病歴及び既往歴

B. 喫煙習慣

- ①吸わない ②10本以内 ③19本以下 ④20本以上

C. 飲酒習慣

- ①飲まない ②週に3日以内 ③週に4～5日 ④ほとんど毎日
- ①少ない(日本酒なら1合以下) ②やや多い(2合) ③多い(3合以上)

D. 運動習慣

軽く汗ばむ運動を継続して週2回以上20分以上する。または、1日30分以上早足で歩く。

- ①はい ②いいえ

E. 自覚症状

- | | |
|----------------|---------------------|
| 1 特にわるいところはない | 16 食欲がない |
| 2 疲れやすく根気がない | 17 痩せてきた(1年間で5kg以上) |
| 3 せきや痰がでる | 18 胃がもたれる |
| 4 めまいがする | 19 胸やけがする |
| 5 頭が重く頭痛がする | 20 吐き気がする |
| 6 寝つきが悪い | 21 便秘がちである |
| 7 眠りが浅い | 22 下痢しやすい |
| 8 肩や首すじがはる | 23 便秘と下痢が交互 |
| 9 背中や腰が痛む | 24 おなか(胃)が痛む |
| 10 手足がしびれる | 25 その他 |
| 11 動悸や息切れがする | 〔 〕 |
| 12 工作中目が疲れる | |
| 13 いらいらすることがある | |
| 14 手足がむくむ | |
| 15 排尿に時間がかかる | |