



ID 番号 _____
平成 年 月 日

健康診断問診票

お名前／漢字（ふりがな） _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日（満 _____ 歳）

現住所 〒 _____ 性別：男・女

連絡先 自宅 TEL _____ FAX 番号 _____

携帯 TEL _____

勤務先 〒 _____

会社名 _____ 勤務先 TEL _____

- 職業の種類や仕事の内容、勤続年数についてご記入下さい
1) ①会社員 ②自営業 ③農業 ④無職 ⑤専業主婦 ⑥その他
2) 仕事の内容（ _____ ） 勤続年数（ _____ 年 _____ ヶ月）
- これまでに病気にかかったことや、治療を受けたことがあれば、病名と治療した時期をご記入ください。また、現在も治療中の病気があればご記入ください。

例：高血圧治療した ○歳頃、糖尿病で治療中 ○歳頃から

（ _____ ）

- 生活習慣病について該当する項目に○をつけてください。

食生活について

- 1) 塩分制限 ②糖質制限 ③脂質制限 ④飲酒制限 ⑤カロリー制限
⑥その他の制限（ _____ ） ⑦何もしていない

飲酒について 米日本酒 1 合相当・・・ビール大瓶 1 本、焼酎 0.5 合、ウイスキーダブル 1 杯

- 1) 飲酒の有無 ①毎日飲んでいる（休肝日 _____ 回／週） ②時々飲む ③飲まない
2) 飲酒の量（1 日平均） ① 1 合未満 ② 1～2 合未満 ③ 2～3 合未満 ④ 3 合以上

喫煙について

- 1) 喫煙の有無 ①吸う ②吸わない
2) 喫煙の本数（1 日平均） ① 10 本以下 ② 11～20 本 ③ 21～30 本 ④ 31～40 本 ⑤月に 1 回 ⑥時々 ⑦ほとんどしない

4. 現在妊娠中及び妊娠の可能性がありますか。 （ はい ・ いいえ ）
5. 生理中ですか。 （ はい ・ いいえ ）
6. 現在、調子の悪いことや気になることがあればご記入ください。

7. 当院をどちらで知りましたか？

インターネット 看板 知人・家族からのご紹介 その他（ _____ ）