

健康診断を受けられる方へ

氏名		年齢	
検査日	20	年	月 日

健康診断をスムーズに行うため、以下の質問について口にチェックを入れてください。

	質問事項	ある	ない
1	日頃、医師から処方された薬をのんでいますか？ ※あると答えた方は、当日お薬手帳を持参してください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	1 であると答えた方は (通院している医療機関：) (内服している薬：)		
3	既往歴及び現病歴 (現在治療中の病名) ()		
4	今までに大きな病気や手術をしたことがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	3 であると答えた方は (何の病気？) (手術名：) (いつ頃：)		
6	医師から、脳卒中 (脳出血・脳梗塞等) にかかっていると言われたり、 治療したことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	医師から、心臓病 (狭心症・心筋梗塞等) にかかっていると言われたり、 治療したことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっていると言われたり、 治療 (透析) を受けている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	医師から、貧血と言われたことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	医師から、肝機能障害と言われたことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	現在、タバコを吸っていますか？ (電子タバコも含む) 吸っている 又は 吸っていたがやめた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	11 で吸っている 又は 吸っていたがやめた に答えた方は 1日平均 _____ 本を _____ 年間 () 歳から () 歳まで		
13	現在妊娠している又は、妊娠の可能性がある。 ※女性のみお答えください	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	現在、気になっている症状はありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
頭痛 ・ 肩こり ・ めまい ・ しびれ ・ 口喝 ・ 動悸 胸痛 ・ 息切れ その他 ()			

ありがとうございました。 ご不明な点は健診当日にお尋ねください。