

健康診断 問診票

ふりがな

お名前

生年月日

年

月

日

住所

性別

男・女

電話番号

緊急連絡先電話番号

(1) 今日の健診の種類をお選びください。

☐ 雇用時・入社時・入学時の健診

☐ 入社後の定期健診

☐ 生命保険加入前健診

☐ ご自身の健康把握のための健診

☐ その他 ()

(2) 現在、何か症状はありますか？

☐ ない ☐ ある (症状をご記入下さい：)

(3) これまでに何か病気にかかったことがありますか？(カゼなど軽いものは除く)

☐ ない ☐ ある (病名をご記入ください。病名は健診結果表に記載されます。)

()

(4) ふだん使用しているお薬はありますか？

☐ ない ☐ ある (薬の名前をご記入下さい。おくすり手帳があれば記入不要です。)

(内服薬や病名は健診結果表に記載されます。)

()

(5) 薬や食べ物のアレルギーはありますか？

☐ ない ☐ ある (アレルギーが出た薬や食べ物の名前をご記入ください。)

()

(6) 放射線や有機溶剤、粉塵など有害物質に関連する仕事の経歴はありますか？

☐ ない ☐ ある (業務内容をご記入ください：)

(7) (女性の方) 妊娠・授乳の有無を教えてください。

☐ 妊娠していない

☐ 妊娠の可能性がある

☐ 妊娠中

☐ 授乳中

(8) 採血検査がある場合、結果は後日になります。

結果の受け取り方法について、ご希望を選んでください。

☐ 受付で受け取る(医師からの説明なし)

☐ 診察室で受け取る(医師からの説明を聞く)