

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
ご自身の健康把握のための健診

入社後の定期健診
その他 ()

生命保険加入前健診

(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)