

健 診 問 診 表

年 月 日

ふりがな			
氏名	生年月日 T・S・H 年 月 日 (歳)		
住所			
電話番号		職業歴	

1、今までに、入院や大きな病気をしたことがありますか？ (ある ・ ない)
 病名： ()歳の時

2、現在治療中の病気はありますか？ (ある ・ ない)
 現在飲まれている薬はありますか？ (ある ・ ない)
 ()歳ごろより 病名
現在飲まれている薬の内容

3、最近体調で気になることはありますか？
 ・ ある → いつ頃からどんな症状でしょうか？
 ()
 ・ ない

4、この1年で体重の変化はありますか？
 ・ ある → どのくらい変化しましたか？ ()kgほど(増加 ・ 減少)
 ・ ない

5、食生活について質問です。あてはまるものに○をつけて下さい。(複数回答可)
 ・ 規則正しい ・ 時間が不規則 ・ 栄養のバランスを考えている
 ・ 外食が多い ・ インスタント食品が多い ・ 食事～1日()食

6、運動について当てはまるものに○をつけて下さい。
 ・ ほぼ毎日している
 ・ 週の半分くらいしている
 ・ していない、ほとんどしていない

7、睡眠について当てはまるものに○をつけて下さい。
 ・ 4時間未満 ・ 4～6時間 ・ 6時間以上

8、アルコールは飲みますか？
 ・ 飲む → 毎日 週に()日 量()
 ・ 飲まない

9、タバコは吸いますか？
 ・ 吸う いつから()歳 1日()本
 ・ 吸わない
 ・ ()年前まで吸っていた

10、女性の方へ
 妊娠の可能性はありませんか？
 ・ 絶対ない ・ 妊娠の可能性はある ・ 現在妊娠中()週
 確認サイン()