

法定健診問診票		受診日 (西暦) 年 月 日		
フリガナ		性別・年齢	男性・女性	歳
氏名		生年月日 (西暦) 年 月 日		

病名コード	1、呼吸器 2、高血圧 3、高脂血症 4、心臓病 5、脳卒中・脳梗塞 6、消化器 7、肝臓病 8、腎・泌尿器
	9、貧血 10、糖尿病 11、アレルギー 12、婦人科系 13、精神・神経系 14、痛風 15、突然死 99、その他

家族歴	血縁家族で上記の病気にかかった方がいますか？上記より病名コードを () の中に記入して下さい。 祖父母() 兄弟姉妹() 父母()
-----	--

健康状態	自覚症状で気になることはありますか	あり	なし			
	1、眼が疲れやすい	いいえ	時々	いつも	14、やる気がでない、億劫	いいえ 時々 いつも
	2、咳や痰がでる	いいえ	時々	いつも	15、気分の落ち込み	いいえ 時々 いつも
	3、動悸や胸が苦しくなる	いいえ	時々	いつも	16、何をしても楽しくない	いいえ 時々 いつも
	4、手足のむくみやしびれがある	いいえ	時々	いつも	17、ストレスを感じる	いいえ 時々 いつも
	5、頭痛、頭重、のぼせがある	いいえ	時々	いつも	18、健康面で気になっていることはありますか	()
	6、めまい、立ちくらみがある	いいえ	時々	いつも		
	7、首筋、肩がこる	いいえ	時々	いつも		
	8、背中、腰が痛い	いいえ	時々	いつも	*以下は女性の方のみ記入して下さい	
	9、疲れやすく、体がだるい	いいえ	時々	いつも	19、生理について心配	いいえ 時々 いつも
	10、胃の不調	いいえ	時々	いつも	20、現在、生理中ですか	いいえ はい
	11、便秘異常がある	いいえ	時々	いつも	21、現在、妊娠中ですか	いいえ はい
	12、頻尿、残尿感がある	いいえ	時々	いつも		
	13、夜眠れないことがある	いいえ	時々	いつも		

既往・現病歴	現在、治療している病気、以前にかかったことのある病気がありますか？	1、あり 2、なし
	病名コード	病名 何歳 経過
	() () () ()	A, 治癒 B, 受診中(内服あり) C, 受診中(内服なし) D, 未受診
	() () () ()	A, 治癒 B, 受診中(内服あり) C, 受診中(内服なし) D, 未受診

日常生活	1、平日の睡眠時間はどのくらいですか	() 時間
	2、1日の平均労働時間は何時間ですか	() 時間
	3、1日のPC作業時間はどのくらいですか	() 時間
	4、平日の就寝時間は何時頃ですか	(:)
	5、現在タバコを習慣的に吸っていますか	はい(本/日) いいえ
	6、アルコールは飲みますか	毎日 時々 ほとんど飲まない
	7、朝食を抜くことはありますか	いいえ 時々 いつも
	8、夕食後就寝前に飲食しますか	はい いいえ
	9、1日の食事の回数	3回 2回 その他()回
	10、運動習慣はありますか	ある ない
	11、血圧を下げる薬を服用していますか	はい いいえ
	12、インスリン注射又は血糖を下げる薬を服用していますか	はい いいえ
	13、コレステロールを下げる薬を服用していますか	はい いいえ