

健康診断問診票

2026.4.6～

フリガナ		性別	生年月日	S・H	年	月	日(歳)
氏名		男・女	職種				
住所	【〒 — 】						
電話番号	() (—)						

a～cの薬の使用についてお聞かせください。はいの方、服薬しているお薬の名前と理由をお聞かせください。			
1	a. 血圧を下げるお薬を服用していますか	はい	いいえ
	薬剤名 ()		
	b. インスリン注射または血糖を下げるお薬を服用していますか	はい	いいえ
	薬剤名 ()		
	c. コレステロールや中性脂肪を下げるお薬を服用していますか	はい	いいえ
	薬剤名 ()		
2	現在、上記以外で他の薬を飲んでいますか。	はい	いいえ
	「はい」と答えられた方は、それはどのような薬を飲まれていますか。		
	薬剤名 ()		
3	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか	はい	いいえ
4	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか	はい	いいえ
5	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析など)を受けていますか	はい	いいえ
6	医師から、貧血といわれたことがありますか	はい	いいえ
7	上記以外の既往歴(手術歴・入院歴)がありましたらご記入下さい		
8	何か自覚症状がありましたらご記入下さい		
喫煙状況についてお尋ねします。当てはまるものに○をお付け下さい。			
9	① 現在、たばこを習慣的に吸っていますか (※現在、習慣的に喫煙している者とは、条件1、2両方満たす者) 条件1：最近1か月間吸っている 条件2：生涯で6か月間以上吸っている、または合計100本以上吸っている	a) はい (条件1と条件2を両方満たす) b) 以前は吸っていたが、最近1ヶ月間は吸っていない (条件2のみ満たす) c) いいえ (a、b以外)	
	② 喫煙歴 1日 本位 歳から 歳まで		
	③ 生活習慣病予防健診(協会けんぽ)受診者+50歳以上の方のみ質問 喫煙指数(1日本数×年数)が600以上 に該当した場合、喀痰検査希望しますか	はい	いいえ

裏面もご記入下さい ⇨

