

健康診断書発行の問診票

受付日 年 月 日

ふりがな 氏名				男・女	身長 体重	cm kg
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日(才)	職業	
住所	〒 TEL () - 携帯電話					
提出先	<input type="checkbox"/> 進学 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> その他	受け取り希望日	<input type="checkbox"/> 至急 <input type="checkbox"/> 本日 時頃までに <input type="checkbox"/> 月 日までに <input type="checkbox"/> 本日以外の出来上がり次第TEL (TEL) <input type="checkbox"/> 郵送希望			
1. 既往歴 なし・あり () 2. 現在、気になる自覚症状があれば○を記入して下さい。 ・特になし ・頭痛 ・肩こり ・めまい ・手足のしびれ ・のどが渇く ・食欲がない ・動悸、息切れ ・脈の乱れ ・胸のしめつけ ・手足がむくむ ・その他 () 3. 最後に食べてからどれくらい経っていますか。 ()時間 4. 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 (※習慣的に喫煙している者とは、「合計100本以上、又は6か月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者) はい ・ いいえ 5. 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上、1年以上実施していますか。 はい ・ いいえ 6. 日常生活において歩行又は同等の身体運動を1日1時間以上実施していますか。 はい ・ いいえ 7. この1年間で体重の増減が±3kg以上ありましたか。 はい ・ いいえ 8. 就寝前の2時間以内に夕食をとることが週3回以上ありますか。 はい ・ いいえ 9. お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどれくらいですか。 毎日 ・ 時々 ・ ほとんど飲まない(飲めない) 10. 睡眠で休養が十分とれていますか。 はい ・ いいえ						

医師	Ns	受付