

# 健康診断問診票

令和 年 月 日

ふりがな		生年月日	明・大・昭・平・令
お名前		男・女	年 月 日生
ご住所	〒 -	電話	自宅 携帯

所属

社員番号

1. 自覚症状があればお書きください。

[ ]

2. 過去に大きな病気（入院、手術など）をしたことがありますか？

あればいつ頃で、どういう病名ですか？

ない・ある（ )

3. 現在の業務に就く前に他の業務を行ったことがありますか？

あれば業務の種類をお書きください。

ない・ある（ )

4. 現在治療中の病気はありますか？

あれば病名をお書きください。また、服用されているお薬があればお書きください。

ない・ある（ )

5. 今までに飲み薬、ぬり薬、点滴、食べ物などでじんましん、呼吸困難などのアレルギー症状が出たことはありますか？

あれば薬、食品の名前と症状をお書きください。

ない・ある（ )

6. たばこは吸われますか？

吸う（ )本/日×（ )年・吸わない・以前は吸っていた（ )年前まで  
（ )本/日×（ )年

アルコールは飲まれますか？

毎日飲む・時々飲む・飲まない ※（ )合/日

※飲酒日の1日当たりの飲酒量は日本酒1合に換算した場合はどれくらいですか？

日本酒1合 (180ml) の目安：ビール中びん1本 (500ml)・焼酎0.6合 (110ml)・ウイスキーダブル1杯 (60ml)  
ワイン1/4本 (180ml)・缶チューハイ1.5缶 (520ml)

7. 女性の方へ 現在妊娠している可能性はありますか？または授乳中ですか？

はい・いいえ・わからない・現在授乳中



さいとう内科クリニック

内科・アレルギー科・泌尿器科・在宅医療