

--	--	--

会計（有り・無し） 問 診 票

ID

個

企

来院受取 or 郵送

領収書（本人名・会社名

）

フリガナ		生年月日	年齢	歳	性別	
氏名						
住所				TEL		

1. 現在、医療機関にかかっていますか？	現病歴なし	かかっている (服薬・治療中)	かかっている (経過観察中)	既往歴あり (5年以内)
1. 特になし	<input type="checkbox"/>	—	—	—
2. 高血圧症		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 糖尿病		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 脂質異常症（高コレステロール血症、動脈硬化など）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 脳血管疾患（脳出血、脳梗塞、くも膜下出血など）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 心疾患（狭心症、心筋梗塞、不整脈、弁膜症など）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 腎不全・透析中		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 貧血症		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 高尿酸血症・痛風		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—
10. 肝臓・胆のう疾患（肝炎、胆石、脂肪肝など）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 整形外科疾患		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—
12. 神経科疾患		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—
13. 肺疾患		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. その他（ ）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. 喫煙についてお答えください。

1. 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。	<input type="checkbox"/> 吸ったことがない <input type="checkbox"/> 以前吸っていた（2ヵ月以上吸っていない） <input type="checkbox"/> 現在、習慣的に吸っている
2. 喫煙した年数はどの程度ですか。（現在吸っている、又は以前に吸っていた方）	（ ）年
3. 1日に何本吸っていますか。（現在吸っている、又は以前に吸っていた方）	（ ）本/日

3. 業務歴として下記の業務に従事した事がありますか？丸印をしてください。

放射線業務・有機溶剤業務・石綿・高気圧業務・鉛業務・医療業務・その他（ ）

4. 現在、服用中のお薬があればご記入ください。

--

5. 最近6ヵ月以内の間に、次の症状がありましたか？

- 胸部痛・胸部不快感     動悸・息切れ     頭痛・のぼせ  
 咳・たんがよくなる     胸やけ・胃痛     食欲不振  
 便通異常（便秘、下痢、血便など）     口渇・多飲     なし