

## 健康質問票

氏名		生年月日	昭和 平成          年          月          日
住所		電話番号	
勤務先		職種	

現在、次のような症状はありますか？

ない     腹痛           言葉がもつれる           食べ物がのどにつかえる  
 便秘がち     痔がある                   便に血が混じる  
 胸が苦しい    2週間以上咳が続く     気分が沈んで憂鬱になる  
 泣いたり、泣きたくなることもある

現在治療中の病気はありますか？

ない     高血圧     糖尿病           脂質代謝異常     痛風     喘息  
 心臓疾患    脳梗塞/脳出血    その他（病名                  ）

これまでに病気やけがで入院・手術をしたことがありますか？

ない     ある→病名（                  ） 年齢（          歳頃）

薬や食べ物にアレルギーはありますか？

ない     ある→原因（                  ） 症状（                  ）

ご家族（血縁者）の方で下記の病気の方はいますか？

いない    高血圧     糖尿病           脂質代謝異常    痛風     喘息  
 心臓疾患    脳梗塞/脳出血    がん                   結核

現在、就労している方はお答えください。

・ 仕事の内容（                  ）  
 ・ 時間外労働     ない    ある →（週          時間）または（月          時間）  
 ・ 仕事はきつい又はつらいですか     はい    いいえ

生活習慣についてお聞きします。

タバコは吸いますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> はい→（1日          本）
お酒は飲みますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> はい→（週          日、月          日）
1日3食規則正しく食事をしますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
間食はしますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
夜、よく眠れますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

気になる症状がありましたら、ご記入ください

ない     ある（                  ）