

検診者用

問診票

記入日

フリガナ		生年月日 ・ 性別	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 ( 歳)	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
お名前					
ご住所	〒	自宅・携帯電話			
		勤務先電話			
検診コース	A・B・C・D・その他 ( ) ・持込み用紙	勤務先・学校			

現在治療中の病気、または過去に治療を受けた病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない  <input type="checkbox"/> ある	※「ある」と答えた方 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 <input type="checkbox"/> 心臓疾患(不整脈) <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> がん(部位 ) <input type="checkbox"/> その他【 】
入院又は手術をされたことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない  <input type="checkbox"/> ある	※「ある」と答えた方 いつ頃( ) 病名( ) 病院名【 】
現在または過去に、どのような仕事をしていましたか？ 当てはまるすべてにチェックしてください。	<input type="checkbox"/> ない  <input type="checkbox"/> ある	※「ある」と答えた方 <input type="checkbox"/> 事務員 <input type="checkbox"/> ドライバー <input type="checkbox"/> 接客業 <input type="checkbox"/> 建築作業員 <input type="checkbox"/> 解体業 <input type="checkbox"/> 工場内作業員 <input type="checkbox"/> 窯業 <input type="checkbox"/> その他【 】
現在または過去に、業務上で右記を取り扱う業務をしたことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない  <input type="checkbox"/> ある	※「ある」と答えた方 <input type="checkbox"/> 有機溶剤(塗料、シンナー、ガソリンなど) <input type="checkbox"/> 石綿(アスベスト) <input type="checkbox"/> 金属加工(溶接、研磨など) 期間は何年間ですか？( 年 ヶ月間)
体調不良を感じていることはありますか？	<input type="checkbox"/> ない  <input type="checkbox"/> ある	※「ある」と答えた方 <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 肩こり <input type="checkbox"/> 胃痛 <input type="checkbox"/> その他【 】
現在または過去に、喫煙歴はありますか？	<input type="checkbox"/> ない  <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ある(過去にあり ・ 喫煙中 ) <input type="checkbox"/> 一日に( )本を( )年間
飲んでいるお薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない  <input type="checkbox"/> ある	※「ある」と答えた方 薬品名【 】 期間は何年間ですか？( 年間)
最終の食事時間はいつですか？	<input type="checkbox"/> 今日 の( )時( )分ごろ <input type="checkbox"/> 昨日 の( )時( )分ごろ	
女性の方へ	生理中 → <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 妊娠 → <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> 妊娠( )ヶ月	