

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	年 月 日 ( 歳)	<input type="checkbox"/> 男性
お名前			<input type="checkbox"/> 昭和		
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	※「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【 】
	<input type="checkbox"/> ある	
入院又は手術をされたことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない	※「ある」と答えた方 いつ頃( ) 病名( ) 病院名【 】
	<input type="checkbox"/> ある	
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	※「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【 】
	<input type="checkbox"/> ある	
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	※「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？( 年間)
	<input type="checkbox"/> ある	
体調不良を感じていることはありますか？	<input type="checkbox"/> ない	※「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【 】
	<input type="checkbox"/> ある	
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(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	※「ある」と答えた方 薬品名【 】
	<input type="checkbox"/> ある	期間は何年間ですか？( 年間)
食事または糖分を含んだ飲み物を摂取したのはいつの何時が最後ですか？	<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	