

健康調査質問票

浜通り医療生活協同組合

小名浜生協病院

TEL 53-4374

記入年月日 年 月 日

※この調査票は、当院における健康診断のために使用致します。

フリガナ			
氏名	[男 ・ 女]		
生年月日	(昭和・平成)	年 月 日	[歳]
自宅住所	〒 TEL		
企業名	職種：		

☆事業主依頼の健診については、依頼主へ結果を報告いたします、了解の上、受診して下さい。
(個人で実施の方へは個人のみへの報告となります)

☆健診結果に異常があった場合、ご家族も含めて連絡してよろしいですか ⇒ はい ・ いいえ

主な業務歴	職種	作業内容	期間
①			
②			

今までに健康診断を受けたことがありますか？ 初めて・当院で受けた・他院で受けた
 前回の健康診断の結果で(他の医療機関での実施含む)、二次精査等で医療機関を受診しましたか？
 ⇒ 受診 【 した ・ しない 】 ※健診結果判定に必要ですので正確に記載してください。
 ※した方は、どの科を受診しましたか？【 眼科 ・ 耳鼻科 ・ 内科 ・ その他 】
 その結果はどうでしたか？又、病名が分かれば記入して下さい。

現在、下記の薬を服用をしていますか？

a. 血圧を下げる薬 [はい ・ いいえ]

b. インスリン注射、又は血糖を下げる薬 [はい ・ いいえ]

c. コレステロールを下げる薬 [はい ・ いいえ]

今までに病気にかかったことがありますか？ ※健診結果判定に必要ですので正確に記載してください。
 【 ない ・ ある⇒下記へ病名を記入して下さい】 治療状況

① () 歳頃 (治療中・未治療・治癒)

② () 歳頃 (治療中・未治療・治癒)

③ () 歳頃 (治療中・未治療・治癒)

◆ お酒： [飲む・飲まない] 「飲む」方は → [1日 年間]
 [付き合い程度] 例) 酒を20歳から40歳まで1日に2合飲んでいる場合は→1日、日本酒2合20年間

◆ タバコ： [吸う・吸わない] 「吸う」方は → [1日 本 年間]
 [以前吸っていた] 例) タバコを20歳から40歳まで1日に20本吸っていた場合は→1日20本20年間

家族歴 血縁の方において以下の病歴該当があれば () 内に続柄を記入してください。

①脳疾患 () ②心臓病 () ③糖尿病 () ④高血圧 ()

⑤その他(病名) ⑥癌→(部位 胃・肺・大腸・すい臓・その他) (続柄)

採血時具合悪くなったことはありますか？ (はい・いいえ)

女性のみ質問 ・ 現在生理中ですか？ (はい・いいえ・閉経している)

・ 妊娠中ですか？ (はい・いいえ)

最近(3ヶ月前程度)、下記の症状はありますか？ ○印をつけて下さい

①よく咳や痰がでる [はい・いいえ] ④時々、腹が痛くなる [はい・いいえ]

②胸に痛みを感じたことがある [はい・いいえ] ⑤便秘や下痢になりやすい [はい・いいえ]

③動悸や息切れをすることがある [はい・いいえ] ⑥手足が腫れたり、関節が痛んだりする [はい・いいえ]

その他、お身体や健康について気になることがありますか？
 特になし あり(下欄に具体的に記入して下さい)