

特定健康診査 問診票

	記入日	年	月	日
フリガナ 氏 名		性別	男 ・ 女	
生年月日（年齢）	大・昭・平 年 月 日 （ 歳）			
住 所	〒			
電話番号	（自宅）		（携帯）	

1. 現在ある自覚症状について、ご記入ください。

特に自覚症状なし

自覚症状あり

* 女性で以下の項目に該当する場合は✓してください。

月経中 月経前後 妊娠中またはその可能性がある

2. 一番最後に食事をされたのは、何時頃ですか？

_____ 月 日 時頃

3. 現在治療中（経過観察中を含む）の病気があれば、以下にご記入下さい。

病 名 : _____

治療開始年齢 : _____

医療機関名 : _____

治療状況 : 定期治療中 不定期治療中 中断・放置

4. 現在は治療や通院はしていないが、過去にかかった病気や受けられた手術がありましたら、下記の項目に✓を入れて頂き、発病された年齢もご記入下さい。

特になし

高血圧症（ 歳）

肝臓病（ 歳）

高コレステロール血症（ 歳）

心臓病（ 歳）

糖尿病（ 歳）

結核（ 歳）

がん（ 歳）

手術（ ）（ 歳）

その他（ ）（ 歳）

5. 当院では特定保健指導を行っていないため、その対象となった場合は、特定保健指導実施施設に対して個人情報及び健診結果を提供する必要があります。

特定保健指導の対象となった場合の、個人情報及び健診結果の提供について同意されますか？

同意します

同意しません