

# 健康診断 問診票

受診日：2026年 月 日

(カナ) お名前	生年月日
年 月 日 (歳)	
ご住所	〒 -
電話番号	勤務(予定)先の名称と業種
- -	

① 本日の健康診断の種類をご記載下さい。

- 新規雇用( 月から)  転職( 月から)  雇用形態の変更  面接前・入学期前健診  
 会社の定期健診(心電図：要／不要)  個人的な定期健診(心電図：要／不要)  
 その他の健診( )

② 現在のお仕事をご記載下さい。(学生さんのアルバイトは記載不要です。)

- 学生  無職  事務職  接客業  飲食業  サービス業  
 営業  販売業  看護師  保育士  その他( )

③ 現在治療中または定期受診されているご病気がありますか？

( はい いいえ )

病名と治療内容

④ 過去に治療されたご病気がありますか？

( はい いいえ )

(お怪我の治療や、皮膚のできもの、小児期のご病気・手術はご記載不要です。)

病名と治療内容

⑤ 以下のお薬を飲まれていますか？

( はい いいえ )

- 血圧を下げるお薬  血糖値を下げるお薬  コレステロールを下げるお薬

⑥ 医師から以下のご病気を指摘されたり、治療を受けたことがありますか？

( はい いいえ )

- 脳卒中(脳出血・脳梗塞など)  心臓病(狭心症・心筋梗塞など)  
 貧血  慢性腎不全

⑦ 現在、タバコを吸っていますか？

( はい いいえ )

⑧ お酒を飲む機会はどれくらいですか？

- 飲まない  ほとんど飲まない  時々  毎日

⑨ 身長・体重・腹囲を診断書に記載しますので、転記してよければご記載下さい。

(当院での測定を希望される場合はご記載不要です。)

身長 \_\_\_\_\_ cm

体重 \_\_\_\_\_ kg

腹囲 \_\_\_\_\_ cm

## 自由記載欄

以下の項目は、健康診断の採血と同時に自費で測定することが可能です。領収証を法定項目と分けて発行することも可能ですので、ご希望される方はチェックを入れて下さい。

- |   |          |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> 血液型 (ABO式)                     | + 1,000円 |
| <input type="checkbox"/> 甲状腺ホルモン (FT4、TSH)              | + 1,200円 |
| <input type="checkbox"/> 女性ホルモン (FSH、E2)                | + 1,500円 |
| <input type="checkbox"/> 婦人科癌の腫瘍マーカー (SCC、CA125、CA15-3) | + 2,000円 |

領収証をまとめる  領収証を分ける