

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。

- ☐ 血液型 (ABO式) + 1,000円
- ☐ 甲状腺ホルモン (FT4、TSH) + 1,200円
- ☐ 女性ホルモン (FSH、E2) + 1,500円
- ☐ 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