

# 健康診断問診票 (Health checkup questioner)

- ① 本日、コップ1杯～500m<sup>①</sup>位の水分をとっていますか？  のんだ  のんでいない  
Did you drink more than one glass of water today? Yes No
- ② 健診前、最後の食事はいつ食べましたか？ ( 月 日 時ごろ)  
When was the last meal you had? Month day time
- ③ 健診前に、コーヒー・ジュース・あめ・ガム・フリスクなどは？  たべて(のんで)いない  たべた(のんだ)  
Have you had coffee ,juice,candy,chewing gum or mint? No Yes 本日today 時頃time
- ④ アルコール綿や消毒で、かぶれたり赤くなったりしたことは？  ない  ある  
Do you have known allergic reaction to rubbing alcohol? No Yes
- ⑤ 採血検査をしたことはありますか？  したことがある  はじめて  
Have you done a blood test before? Yes No
- ⑥ 採血をしたことがある人に質問です  採血できます (Yes,I will take the blood test)  
If you have done a blood test, please answer. ⑥ 採血できません (No,I won't take blood test)  
 採血苦手ですができます (I do not like blood tests but I will take it)

フリガナ	姓(セイ)	名(メイ)	生年月日 <small>date of birth</small>	<input type="checkbox"/> 西暦(AD) <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年year 年	月month 月	日day 日
名前 <small>Name</small>			国籍(nationality):	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 他	年齢 <small>Age</small>	歳 <small>才</small>	

1. いままでにかかったことがある病気・現在かかっている病気・薬について書いてください。  
Please indicate if you have had serious illness or are taking medication.

なし None  あり ↓ ↓にかいてください Yes, specify the details below.

病気の名前 <small>Name of illness</small>	いつから <small>onset of disease</small>	現在の状況・状態 <small>Present conditon</small>
①	<input type="checkbox"/> 西暦 or <input type="checkbox"/> 和暦 年 月 日から <input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> 病院で治療中 <input type="checkbox"/> 薬をのんでいる <input type="checkbox"/> 何もしてない <input type="checkbox"/> 治った( ) <small>Seeing doctor taking medication no action cured</small>
・入院は? Hospitalization	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	→入院期間 日間
・手術は? surgery	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	→わかる範囲で詳細:
・服薬は? Medication content	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	→わかれば薬剤名:
②	年 月 日から <input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> 病院で治療中 <input type="checkbox"/> 薬をのんでいる <input type="checkbox"/> 何もしてない <input type="checkbox"/> 治った( )
・入院は?	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	→入院期間 日間
・手術は?	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	→わかる範囲で詳細:
・服薬は?	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	→わかれば薬剤名:
③	年 月 日から <input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> 病院で治療中 <input type="checkbox"/> 薬をのんでいる <input type="checkbox"/> 何もしてない <input type="checkbox"/> 治った( )
・入院は?	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	→入院期間 日間
・手術は?	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	→わかる範囲で詳細:
・服薬は?	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	→わかれば薬剤名:
④		

2. 体調で何か自覚症状はありますか？ Do you have health concerns?  
 なし None  あり(かいてください)Yes, Please write detail →( )

3. この仕事につく直前の仕事は？ What was your previous occupancy?  
 学生 Student  事務 Office worker  経理 Finance  営業 Sales  システムエンジニア SE  他 Other (→ )

4. 女性の方はおしえてください。  
 現在生理中  妊娠の可能性なし  妊娠の可能性あり  妊娠中( )月  現在、授乳中  
Menstruating Not pregnant Possibility of pregnancy Pregnant( month) Breast feeding

↓ 健診結果に記載しません、医師が診断する際に必要です Below will not be recorded on the diagnosis,however,the doctor needs to know in order to proceed the examination.

5. ウイルス感染症になりましたか？ Have ever been infected by viral diseases?  
 いいえ No  はい Yes →  B型肝炎 Hepatitis B  C型肝炎 Hepatitis C  HIV  新型コロナ COVID-19  他 other