

健康診断問診票 (Health checkup questionnaire)

- ① 本日、コップ1杯~500ml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)
 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)

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

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 Name of illness	いつから onset of disease	現在の状況・状態 Present condition
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 Seeing doctor <input type="checkbox"/> 薬をのんでいる taking medication <input type="checkbox"/> 何もしていない no action <input type="checkbox"/> 経過観察中 follow-up <input type="checkbox"/> 治った(年 月頃) cured
・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"/> 何もしていない <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 治った(年 月頃)
・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"/> 何もしていない <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 治った(年 月頃)
・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 Menstruating 妊娠の可能性なし Not pregnant 妊娠の可能性あり Possibility of pregnancy 妊娠中(月) Pregnant(month) 現在、授乳中 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