**定期健康診断・問診表**

記入日:

|  |  |
| --- | --- |
| 名前: | 生年月日: |
| 地区: | 整理番号 |

最近の健康状態について、下記の設問に答えてください。どちらかに○をつけてください

1. 耳鳴りがする　 はい　 いいえ
2. 朝、目覚めが悪く、頭が重い　 はい　 いいえ
3. 時々、眩暈がすることが有る　 はい　 いいえ
4. 胃の具合が悪い　 はい　 いいえ
5. 肩こりが気になる　 はい　 いいえ
6. 手足が冷えやすい　 はい　 いいえ
7. 下痢、あるいは便秘をする　 はい　 いいえ
8. むねやけがすることがある　 はい　 いいえ
9. 頭痛がすることがある　 はい　 いいえ
10. 緊張すると汗をかいたりふるえたりする　 はい　 いいえ
11. ちょっとしたことが癇に障って腹をたてる　 はい　 いいえ
12. たばこを吸う　 はい　 いいえ
13. 酒を飲む　 はい　 いいえ
* たばこを吸うと答えられた方へ

 １日にどれくらいの本数を吸われますか？

 10本　 1箱　 2箱

* お酒を飲むと答えられた方へ

 １日にどのくらいの量を飲まれますか？

 ビール

 ワイン

 焼酎

 日本酒　 合

内容記入の上、健康診断当日にお持ちください。

　検査前日は、２１時以降の飲食をおやめください。