

身体検査等問診表

記入年月日：令和 年 月 日

所属：

階級：

氏名：

内線：

項 目	有・無	時 期 等
1 肺疾患の既往（結核、肺炎、ぜんそく等）	有・無	
2 感染症の既往	有・無	
3 性病の既往	有・無	
4 泌尿生殖器、直腸、肛門の既往	有・無	
5 失神、ひきつけ、めまい、てんかん等の既往	有・無	
6 神経痛、リュウマチ、関節痛等の既往	有・無	
7 腰痛、手足のしびれの既往	有・無	
8 骨折、脱臼等の既往	有・無	
9 心臓、腎臓、肝臓、胃腸病の既往	有・無	
10 アレルギー疾患既往	有・無	
11 神経症、神経疾患既往	有・無	
12 目の疾患既往	有・無	
13 入院歴	有・無	
14 手術歴	有・無	
15 交通事故歴	有・無	
16 薬の服用（過去も含む） 薬の名前： _____ 服薬期間： _____	有・無	/
17 現在通院中の疾患等 疾患名： _____	有・無	
18 過去に身体検査等で指摘されたこと 指摘事項等：	有・無	
その他：		