

問 診 票

本問診票は、労働安全衛生法に基づいた「健康診断結果に基づく医師からの意見聴取」の資料として提出いただくもので、それ以外の目的には使用しません。

記入年月日 年 月 日

事業所名	
氏 名	
職務内容	

1. これまでに病気をしたことがありますか？ （ は い ・ いいえ ）

「はい」とお答えになった方
どのような病気ですか？

--

2. 現在治療中の病気はありますか？ （ は い ・ いいえ ）

「はい」とお答えになった方
どのような病気ですか？

--

3. 日常生活及び職場で健康上困ったことはありますか？ （ は い ・ いいえ ）

「はい」とお答えになった方
どのようなことですか？

--