

問診票

受診日 年月日

太枠内のご登録内容にご変更や誤りがある場合はご訂正を、空欄になっている場合はご記入をお願い致します。

個人番号

会社・団体			
フリガナ 氏名	様		
生年月日	(歳)	性別	
住所	〒		
電話番号			

検査結果記入欄（記入しないで下さい）			
腹囲	<input type="text"/>	<input type="text"/>	空腹 <input type="text"/>
心拍数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	食後 <input type="text"/> H
診察	なし <input type="checkbox"/>		
	あり <input type="checkbox"/>		

記入例 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 黒のペンで記入して下さい。

検査のための確認事項

過去に検査を受けて具合が悪くなったり検査で注意することがありますか

採血で気分が悪くなったことがある

ペースメーカーを使用している

アルコール消毒でかぶれたことがある

バリウム検査にて、体調が悪くなったことがある

その他のアレルギーがある

(理由：)

(症状：)

女性の方のみお答え下さい

妊娠していますか いいえ 可能性あり 妊娠中 週

※ 妊娠中またはその可能性のある方はレントゲン検査を受診することはできません。係にお申し出下さい。

現在、月経中ですか はい いいえ

既往歴について

現在治療されている病気はありますか はい いいえ

過去に入院・手術・通院が必要な病気にかかったことはありますか はい いいえ

現病または既往について該当される方は、下記を選択またはご記入下さい

現病	既往	発症年齢	現病	既往	発症年齢	現病	既往	発症年齢
01 脂質異常症	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	07 痔核	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	13 子宮筋腫	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
02 高尿酸血症	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	08 虫垂炎	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	14 ｱﾙﾋﾞ-性皮膚炎	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
03 高血圧症	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	09 肺炎	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	15 ｱﾙﾙｷﾞ-性鼻炎	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
04 糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	10 難聴	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	その他（現病・既往		歳）
05 貧血	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	11 腎結石	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	その他（現病・既往		歳）
06 喘息	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	12 胆石症	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	その他（現病・既往		歳）

内服治療されている場合は、上記疾患番号（01～15）と、薬剤名を下記にご記入下さい

疾患番号 () 疾患番号 () 疾患番号 ()

自覚症状

特になし

※ 最近気になる症状にチェックしてください

疲れやすい

耳鳴りがする

便秘しやすい

視力が落ちた

動悸がある

眠れない

下痢しやすい

排尿痛がある

息切れしやすい

イライラすることが多い

便に血が混じる

尿に血が混じる

胸が締め付けられる

食欲がない

食べ物が胸につかえる

その他

めまいがする

胸やけ、吐き気がする

咳、痰がよくでる

()

喉の渇き、よく水を飲む

胃痛がある

肩、首筋がよくこる

()

頭痛、頭が重い

腹痛がある

腰痛がある

()

予約番号

03

あなた自身についてお答えください

血圧を下げる薬を服用していますか	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
血糖を下げる薬または、インスリン注射を行っていますか	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用していますか	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
医師から脳卒中（脳出血、脳梗塞等）と診断されたり、治療を受けたことはありますか	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
医師から心臓病（狭心症、心筋梗塞等）と診断されたり、治療を受けたことはありますか	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
医師から慢性腎臓病や腎不全と診断されたり、治療（人工透析など）を受けていますか	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
医師から貧血といわれたことはありますか	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
20歳のときより体重が10kg以上増加していますか	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ

食 事

食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか	<input type="checkbox"/>	何でもかんで食べることができる	<input type="checkbox"/>	かみにくいことがある	<input type="checkbox"/>	ほとんどかめない
人と比較して食べる速度は速いですか	<input type="checkbox"/>	速い	<input type="checkbox"/>	ふつう	<input type="checkbox"/>	遅い
就寝前の2時間以内に夕食をとる事が週に3回以上ありますか	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ		
朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか	<input type="checkbox"/>	毎日	<input type="checkbox"/>	時々	<input type="checkbox"/>	ほとんど摂取しない
朝食を抜くことが週に3回以上ありますか	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ		

運 動

1回30分以上の軽く汗をかく運動を週に2日以上、1年以上実施していますか	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ

睡 眠

睡眠で休養が十分にとれていますか	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
------------------	--------------------------	----	--------------------------	-----

喫 煙

現在、たばこを習慣的に吸っていますか (吸った本数の合計が100本以上または6ヶ月以上吸っていて、最近1ヶ月も吸っている方)	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ		
※ はい に該当した方のみご記入ください	1日の本数	<input type="text"/>	本	喫煙年数	<input type="text"/>	年
※ 禁煙された事がある方はいつ頃されましたか		<input type="text"/>	年	前		

飲 酒

お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲みますか	<input type="checkbox"/>	週に5日以上	<input type="checkbox"/>	週 1日～4日	<input type="checkbox"/>	月に数回以下 (飲まない)		
※ 1日あたりの飲酒量は平均的にどのくらいですか	<input type="checkbox"/>	1合未満 (飲まない)	<input type="checkbox"/>	1～2合未満	<input type="checkbox"/>	2～3合未満	<input type="checkbox"/>	3合以上
(1合の目安 = 日本酒1合 180ml、ビール中瓶1本 約500ml、焼酎25度 110ml、ウィスキーダブル1杯 60ml、ワイン2杯 240ml)								

意 識

運動や食生活等の生活習慣を改善しようと思いませんか	<input type="checkbox"/>	改善するつもりはない	<input type="checkbox"/>	6ヶ月以内には改善するつもりである	<input type="checkbox"/>	近いうちに(1ヶ月以内)改善したい
	<input type="checkbox"/>	既に改善している(6ヶ月未満)	<input type="checkbox"/>	既に改善している(6ヶ月以上)		
生活習慣の改善について、保健師による指導(面談)を受ける機会があれば利用しますか	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ		

氏 名	様	生年月日	
-----	---	------	--

予約番号

0 4