

問 診 票

問診票は、ご記入のうえ、当日に受付へご提出ください。

記入はボールペンでご記入ください。

汚したり、折り曲げたりしないようにしてください。

ご記入いただいた内容は、健康診断等の医療サービス提供のみに利用いたします。

お名前、ご住所をご確認ください。

お名前、性別、生年月日に誤りがあれば、赤字で修正ください

お名前		生年月日			
		性別		年齢	
ご住所	〒	電話番号			
		携帯番号			

住所、電話番号が記載されていない場合 また住所、電話番号が変更になった場合は下の欄に記入ください

ご住所	〒	電話番号	()	-
		携帯番号	-	-

お申込み内容

健診予定日	
お申込み団体	
受診コース	

記入上の注意

チェック欄には または を記入ください

数字記入欄には数字を記入ください。

1マスに1文字のみ、はっきりと枠の中に記入してください。

例) 高血圧 歳

血圧を下げる薬

問 診 票

氏名： 様 受診日：

1. 現病歴

- ・ 現在治療中の病気（経過観察中を含む）についてお答えください。

特になし

<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 慢性腎疾患	<input type="checkbox"/> 胃・十二指腸疾患
<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> その他の腎疾患	<input type="checkbox"/> ぜん息
<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 貧血	<input type="checkbox"/> 緑内障
<input type="checkbox"/> 脳卒中	<input type="checkbox"/> 痛風	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症
<input type="checkbox"/> 不整脈	<input type="checkbox"/> B型、C型肝炎	<input type="checkbox"/> 前立腺肥大
<input type="checkbox"/> 狭心症・心筋梗塞	<input type="checkbox"/> その他の肝臓病	<input type="checkbox"/> 甲状腺疾患
<input type="checkbox"/> その他の心臓病	<input type="checkbox"/> がん	(病名:)
<input type="checkbox"/> その他の病気 ()		()

- ・ 現在継続して飲んでいる薬がありますか。

特になし

<input type="checkbox"/> 血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> 血が止まりにくいまたは血液をさらさらにする薬
<input type="checkbox"/> 血糖を下げる薬 または インスリン注射	<input type="checkbox"/> 尿酸値を下げる薬
<input type="checkbox"/> コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<input type="checkbox"/> その他 []

2. 既往歴について

- ・ 過去に大きな病気や手術などで入院、治療を受けたことがありますか。

特になし

病名 ()	治療内容 ()	時期 (才頃)
病名 ()	治療内容 ()	時期 (才頃)
病名 ()	治療内容 ()	時期 (才頃)

3. 家族歴について

- ・ 血のつながった両親、祖父母、兄弟などで下記の病気にかかったことがありますか。

	高血圧	糖尿病	狭心症・心筋梗塞	脳卒中	がん	
父	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	部位: ()
母	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	部位: ()
祖父母	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	部位: ()
兄弟姉妹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	部位: ()

問 診 票

氏名： 様 受診日：

4. 本日のこと

- ・ 本日の体調はいかがですか。

良い まあまあ 悪い

- ・ 最終の食事時間は何時でしたか。

前日 → (午前/午後 時 分) 頃
 本日 →

5. 検査について

- ・ 過去に検査を受けて具合が悪くなったことや検査に注意することがありますか。

特になし

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
 胃バリウム検査で気分が悪くなったことがある アルコール綿にアレルギーがある
 胃バリウム検査でおなかの具合が悪くなったことがある その他アレルギーがある
 麻酔で気分が悪くなったことがある ()

6. 業務歴について

- ・ 現在または過去においてお仕事をされていますか。

はい いいえ

- ・ 「はい」とお答えの方は詳しく教えてください。 [記入例] 調理師3年、一般事務2年 など

()

7. 自覚症状について

該当する症状にチェックしてください。

特になし

動悸 せきがよく出る 胃痛 耳鳴り
 息切れ たんがよく出る 手足がむくむ 便秘
 めまい・立ちくらみ 胸痛 手足がしびれる 下痢
 頭痛 胸やけ 関節が痛む 残尿感

その他気になる症状があればお書きください

()

問 診 票

氏名： 様 受診日：

8. 生活習慣について 該当する項目にチェックしてください。

現在、たばこを習慣的に吸いますか 「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と2を両方満たす者である。
条件1：最近1か月間吸っている 条件2：生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸って

吸う (条件1と条件2を両方満たす) 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない (条件2のみ満たす) 吸わない (条件1、2以外)

「吸う」または「以前は吸っていた」方は本数、年数を数字で記入ください 1日 本 約 年間

20歳の時の体重から10Kg以上増加している はい いいえ

1回30分以上の軽い汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している はい いいえ

日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施している はい いいえ

ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い はい いいえ

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 何でもかんで食べることができる
 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある
 ほとんどかめない

人と比較して食べる速度が速い 速い 普通 遅い

就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある はい いいえ ほとんど

朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取している 毎日 時々 摂取しない

朝食を抜くことが週に3回以上ある はい いいえ

お酒を飲む頻度をお答えください 毎日 週5~6日 週3~4日 週1~2日
 月に1~3日 月に1日未満 やめた 飲まない (飲めない)

飲酒日の1日当たりの飲酒量は? 1合未満 1~2合未満 2~3合未満 3~5合未満 5合以上

※ 日本酒1合の目安 (アルコール度数15度・180ml) : ビール (同5度・500ml)、焼酎 (同25度・約110ml)、ワイン (同14度・約180ml)
ウイスキー (同43度・60ml)、缶チューハイ (同5度・約500ml、同7度・約350ml)

睡眠で休養が十分とれている はい いいえ

運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか 該当するものにチェックを1つ付けてください

改善するつもりはない 既に改善に取り組んでいる (6ヶ月未満)
 改善するつもりである (概ね6ヶ月以内) 既に改善に取り組んでいる (6ヶ月以上)
 近いうちに (概ね1ヶ月以内) 改善するつもりであり、少しずつ始めている

生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがあり はい いいえ

9. 女性の方への質問

※女性の方のみお答えください。

妊娠中または妊娠している可能性がある 授乳中である 生理中である 閉経している

該当なし