

## 問 診 票

種別	区分	会 場	団 体	受付No.	健診年月日

問診票は、ご記入のうえ、当日に受付へご提出ください。

記入は鉛筆またはシャープペンシルでご記入ください。

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		性別	血液型		被保険者		被扶養者	
			生年月日					
ご住所	〒			電話番号				
				携帯番号				
勤務先	名称			保険証記号				
	電話			保険証番号				
同居の家族	父 ・ 母 ・ 配偶者 ・ 子供 ・ 兄弟姉妹 ・ 単身赴任者 ・ 独居							

- ・ **お申込み内容** ※検査内容の詳細は「健診のお知らせ」をご確認ください

健診予定日	
お申込み団体	
受診コース	

必ず、同封の「個人情報の同意についてのお願い」の内容を確認ください。

過去に当クリニックで受診歴のある方は、自動的に「はい」に○が印刷されます。

### 同意致します

個人情報の利用目的の中で、同意頂けない項目がある場合、またはご質問等がある場合は、個人情報相談窓口までご連絡下さい。 電話：011-611-7766

- ・ **記入上の注意**

チェック欄には  または  を記入ください

例)  血圧を下げる薬

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)   歳    1日   本    約   年間

## 問 診 票

氏名： \_\_\_\_\_ 様 受診日： \_\_\_\_\_ 受付No. \_\_\_\_\_

<b>クリニック 記入欄</b>	採血状況： <input type="checkbox"/> 空腹時 <input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 食直後
	食後採血： <input type="text"/> 時間

### 1. 既往歴について

- 現在治療中の病気または過去の病気についてお答えください。  
該当する項目にチェックしてください。

特になし	通 院 中	未 治 療	以 前 治 療		通 院 中	未 治 療	以 前 治 療		通 院 中	未 治 療	以 前 治 療
高血圧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	高脂血症・脂質異常症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	喘息	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心疾患・不整脈	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	結核	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	乳腺疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
甲状腺疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	腎結石	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	婦人科疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	尿路結石	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	前立腺肥大	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肝障害（肝炎）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	胃・十二指腸潰瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	緑内障	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
悪性腫瘍（がん）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	胃ポリープ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	白内障	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
部位（ _____ ）				大腸ポリープ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	アレルギー疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
中耳炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	胆のうポリープ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	病名（ _____ ）			
痛風・高尿酸血症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	胆石症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
								病名（ _____ ）			

- 医師から貧血と言われたことがありますか。  いいえ  はい  
※はいの場合  通院中  未治療  以前治療
- 医師から脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているとされたり治療を受けたことがある。  いいえ  はい
- 医師から心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているとされたり治療を受けたことがある。  いいえ  はい
- 医師から慢性腎臓病や腎不全にかかっているとされたり治療（人工透析など）を受けている。  いいえ  はい

- 現在継続して飲んでいる薬がありますか。  いいえ  はい  
 血圧を下げる薬  いいえ  はい  
 コレステロールや中性脂肪を下げる薬  いいえ  はい 血糖を下げる薬 または インスリン注射  いいえ  はい

- 手術をしたことがありますか。  
 いいえ  はい ※はいの場合 内容（ \_\_\_\_\_ ）  歳
- 輸血をしたことがありますか。  いいえ  はい
- ペースメーカー等の体内埋め込み型機器がありますか。  
 無  有 ※有の場合 内容（ \_\_\_\_\_ ）

- 女性の方へ  
 生理中  授乳中  妊娠中、または妊娠の可能性がある  閉経後

## 問 診 票

氏名： 様 受診日： 受付No.

## 2. 家族歴について

- ・ ご家族が、かかったことのある病気について、伺います。  
該当する項目にチェックしてください。

 特になし

	高血圧	糖尿病	心疾患	脳卒中	がん	肝疾患	腎疾患	結核	突然死	その他
父	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
母	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
祖父母	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
兄弟姉妹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 3. 健康面

該当する項目にチェックしてください。

 特になし

- |  |                                    |                                     |
|--|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 動悸・息切れ        | <input type="checkbox"/> 黒い便が出る    | <input type="checkbox"/> 尿に血がまじる    |
| <input type="checkbox"/> 胸が締め付けられる     | <input type="checkbox"/> 便に血が混じる   | <input type="checkbox"/> 頭痛やめまい     |
| <input type="checkbox"/> セキ・タンが出る      | <input type="checkbox"/> 便秘気味      | <input type="checkbox"/> 関節が痛む      |
| <input type="checkbox"/> 腹痛がある         | <input type="checkbox"/> 下痢をよくする   | <input type="checkbox"/> 眼鏡を使用      |
| <input type="checkbox"/> 吐き気・むかつき      | <input type="checkbox"/> 手・足がむくむ   | <input type="checkbox"/> コンタクトレンズ使用 |
| <input type="checkbox"/> 食べ物が喉につかえる    | <input type="checkbox"/> 排尿時痛み、残尿感 | <input type="checkbox"/> 補聴器を使用     |
| <input type="checkbox"/> その他 { _____ } |                                    |                                     |

- ・ 1日の活動量はどれが当てはまりますか？

- |                                  |                     |
|----------------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> 軽い活動量   | ※デスクワーク・歩く機会の少ない方など |
| <input type="checkbox"/> 中程度の活動量 | ※立ち仕事・育児をしている主婦など   |
| <input type="checkbox"/> 重い活動量   | ※肉体労働・毎日運動をしている人など  |

## 問 診 票

氏名： 様 受診日： 受付No.

## 4. 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。

• たばこを習慣的に吸いますか	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> やめた
• たばこを吸う、またはやめた方は、本数と年数を数字で記入ください	1日 <input type="text"/> <input type="text"/> 本 約 <input type="text"/> <input type="text"/> 年間
• お酒を飲む頻度をお答えください	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない(飲めない) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
※お酒を飲む方 週2日以上、飲酒しない日がありますか	
• 飲酒日の1日当たりの飲酒量は？ ※日本酒1合(180ml)の目安：ビール500ml、焼酎(25度)110ml、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	<input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1合～2合未満 <input type="checkbox"/> 2合～3合未満 <input type="checkbox"/> 3合以上
• 20歳の時の体重から10Kg以上増加している	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
• 食事をかんで食するとき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"/> 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 <input type="checkbox"/> ほとんどかめない
• 人と比較して食べる速度が速い	<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 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	<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る	<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回以上ある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
• 睡眠で休養が十分とれている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
• 塩分を多くとっている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
• 減塩に気をつけている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) <input type="checkbox"/> 改善するつもりである(概ね6ヶ月以内) <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上) <input type="checkbox"/> 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保健指導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