

## 問診票

フリガナ							
氏名	様	生年月日		年齢	才	性別	

現 病 歴 ・ 既 往 歴	特になし	治療中			経過観察			治癒				
		治療中	経過観察	治癒	治療中	経過観察	治癒	治療中	経過観察	治癒		
	高血圧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	十二指腸潰瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	高尿酸血症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肝臓病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	貧血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	脂質異常症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肝炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	婦人科疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	脳血管障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	胆石症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	甲状腺疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	心臓病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	脾臓病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	精神疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	喘息	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	腎臓病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*上記以外の病気 ( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	肺炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	がん・悪性腫瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	胃潰瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	尿管結石	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

服薬歴	<input type="checkbox"/> 血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> コレステロールを下げる薬
	<input type="checkbox"/> 血糖を下げる薬 または インスリン注射	<input type="checkbox"/> その他

自覚症状	<input checked="" type="checkbox"/> 特になし				
	<input type="checkbox"/> せき・たん	<input type="checkbox"/> 胃痛・腹痛	<input type="checkbox"/> 尿が近い	<input type="checkbox"/> めまい・立眩み	<input type="checkbox"/> 熟睡できない
	<input type="checkbox"/> 動悸・息切れ	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 排尿痛・残尿感	<input type="checkbox"/> 頭痛・頭重感	<input type="checkbox"/> 不安感・いらいら
	<input type="checkbox"/> 顔・手足むくみ	<input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 血尿・尿にごり	<input type="checkbox"/> 腰痛	<input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 食欲不振	<input type="checkbox"/> 黒い便が出る	<input type="checkbox"/> むかつき・嘔吐	<input type="checkbox"/> 手指のしびれ	〔 〕
	<input type="checkbox"/> のどが酷く乾く	<input type="checkbox"/> 血便	<input type="checkbox"/> 耳鳴り	<input type="checkbox"/> 倦怠感・疲労感	

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	
吸う または やめた方は本数、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))	
飲酒日の1日当たりの飲酒量は?	<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

※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)

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、かみあわせなどに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

運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか

☐ 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） ☐ 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

20歳の時の体重から10Kg以上増加している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>	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"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>	朝食を抜くことが週に3回以上ある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	睡眠で休養が十分とれている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
人と比較して食べる速度が速い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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"/>	<input type="checkbox"/>

※裏面もあります。

問診票

氏名 様 受診日 才

※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。

既往歴（手術歴）について

手術したことがありますか。

☐ いいえ

☐ はい

部位： {

輸血をしたことがありますか。

☐ いいえ

☐ はい

手術年月日： { 年 月 日 }

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： {

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。

☐ 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

☐ 胃透視検査で気分が悪くなったことがある

☐ その他アレルギーがある

☐ 胃透視検査でおなかの具合が悪くなったことがある

{

☐ 麻酔で気分が悪くなったことがある

}

女性の方への質問

※女性の方のみお答えください。

現在生理中ですか。

☐ はい

☐ いいえ

現在妊娠中もしくは妊娠の可能性がありますか。

☐ はい

☐ いいえ

現在授乳中もしくは卒乳後6ヵ月以内ですか。

☐ はい

☐ いいえ

その他、健康上ご心配な事をご記入ください。