

|            |         |     |  |  |  |    |         |     |  |  |  |  |     |         |  |      |      |                          |  |   |  |   |  |   |  |
|------------|---------|-----|--|--|--|----|---------|-----|--|--|--|--|-----|---------|--|------|------|--------------------------|--|---|--|---|--|---|--|
| ID         |         |     |  |  |  |    |         |     |  |  |  |  |     |         |  |      |      |                          |  |   |  |   |  |   |  |
| <b>問診票</b> |         |     |  |  |  |    |         |     |  |  |  |  |     |         |  |      |      |                          |  |   |  |   |  |   |  |
| フリガナ       |         |     |  |  |  |    |         |     |  |  |  |  |     |         |  | 生年月日 | 昭和   | <input type="checkbox"/> |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |
| 氏名         | 様       |     |  |  |  |    |         |     |  |  |  |  |     |         |  | 性別   | 昭和平成 | <input type="checkbox"/> |  |   |  |   |  |   |  |
|            |         |     |  |  |  |    |         |     |  |  |  |  |     |         |  |      | 男性   | <input type="checkbox"/> |  |   |  |   |  |   |  |
| 住所         | 郵便番号 〒  |     |  |  |  |    |         |     |  |  |  |  |     |         |  | 市・郡  |      |                          |  |   |  |   |  |   |  |
|            |         |     |  |  |  |    |         |     |  |  |  |  |     |         |  |      |      |                          |  |   |  |   |  |   |  |
| 自宅         | ( - - ) |     |  |  |  | 携帯 | ( - - ) |     |  |  |  |  |     |         |  |      |      |                          |  |   |  |   |  |   |  |
| 緊急連絡先      | 氏名      | ( ) |  |  |  |    | 続柄      | ( ) |  |  |  |  | 連絡先 | ( - - ) |  |      |      |                          |  |   |  |   |  |   |  |

以下の質問について、それぞれ該当する欄(1つ)に☑をつけてください。

|    |  |                                     |  |  |   |
|----|--|-------------------------------------|--|--|---|
| 1  | 血圧を下げる薬を服用している ☆   | はい <input type="checkbox"/>         | いいえ <input type="checkbox"/>               |  |   |
| 2  | インスリン注射または血糖を下げる薬を服用している ☆   | はい <input type="checkbox"/>         | いいえ <input type="checkbox"/>               |  |   |
| 3  | コレステロールを下げる薬を服用している ☆  | はい <input type="checkbox"/>         | いいえ <input type="checkbox"/>               |  |   |
| 4  | 医師から脳卒中(脳出血、脳梗塞等)の診断を受けたり、治療を受けたことがある  | はい <input type="checkbox"/>         | いいえ <input type="checkbox"/>               |  |   |
| 5  | 医師から心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の診断を受けたり、治療を受けたことがある   | はい <input type="checkbox"/>         | いいえ <input type="checkbox"/>               |  |   |
| 6  | 医師から慢性腎不全の診断を受けたり、治療(人工透析)を受けたことがある  | はい <input type="checkbox"/>         | いいえ <input type="checkbox"/>               |  |   |
| 7  | 医師から貧血と言われた事がある  | はい <input type="checkbox"/>         | いいえ <input type="checkbox"/>               |  |   |
| 8  | 現在、たばこを習慣的に吸っている。(今までに合計100本以上、又は6ヵ月以上吸っている者のうち、最近1ヵ月間「毎日」又は「時々」吸っている者) ☆                  | はい <input type="checkbox"/>         | いいえ <input type="checkbox"/>               |  |   |
| 9  | 20歳の時から10kg以上増加している  | はい <input type="checkbox"/>         | いいえ <input type="checkbox"/>               |  |   |
| 10 | 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上1年以上実施している   | はい <input type="checkbox"/>         | いいえ <input type="checkbox"/>               |  |   |
| 11 | 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 <input type="checkbox"/>         | いいえ <input type="checkbox"/>               |  |   |
| 12 | ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度は速い  | はい <input type="checkbox"/>         | いいえ <input type="checkbox"/>               |  |   |
| 13 | この1年間で体重の増減が±3kg以上あった  | はい <input type="checkbox"/>         | いいえ <input type="checkbox"/>               |  |   |
| 14 | 人と比較して食べる速度が速い   | 速い <input type="checkbox"/>         | ふつう <input type="checkbox"/>               | 遅い <input type="checkbox"/>                        |   |
| 15 | 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 <input type="checkbox"/>         | いいえ <input type="checkbox"/>               |  |   |
| 16 | 夕食後に間食(3食以外の夜食)をとることが週に3回以上ある  | はい <input type="checkbox"/>         | いいえ <input type="checkbox"/>               |  |   |
| 17 | 朝食を抜くことが週3回以上ある  | はい <input type="checkbox"/>         | いいえ <input type="checkbox"/>               |  |   |
| 18 | お酒を飲む頻度  | 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"/>            |   |
| 19 | 飲酒日の1日当たりの飲酒量<br>※清酒1合(180ml)の目安:ビール中瓶1本(約500ml)、焼酎35度(80ml)、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml) | 1合未満 <input type="checkbox"/>       | 1~2合未満 <input type="checkbox"/>            | 2~3合未満 <input type="checkbox"/>                    | 3合以上 <input type="checkbox"/>             |
| 20 | 睡眠で休養が十分とれている  | はい <input type="checkbox"/>         | いいえ <input type="checkbox"/>               |  |   |
| 21 | 運動や食生活の生活習慣を改善してみようと思いませんか   | 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> | 改善するつもりである(6ヵ月以内) <input type="checkbox"/> | 近いうちに改善するつもりであり、少しずつ始めている <input type="checkbox"/> | 既に取り組んでいる(6ヵ月未満) <input type="checkbox"/> |
| 22 | 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  | はい <input type="checkbox"/>         | いいえ <input type="checkbox"/>               |  |   |

以下の質問について、それぞれ該当する欄(1つ)に☑をつけ、該当する場合は詳細を記入してください。

|   |                 |                             |                              |                                 |
|---|-----------------|-----------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| 1 | 手術を受けたことがありますか? | はい <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> | 詳細( )                           |
| 2 | アレルギーはありますか?    | はい <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> | 花粉症・食べ物(品目) ( )・アトピー性皮膚炎・その他( ) |
| 3 | 薬の副作用はありますか?    | はい <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> | 詳細( )                           |
| 4 | 生理中ですか?(女性の方)   | はい <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |                                 |

既往歴について 該当箇所を発症年齢と現況に☑をつけてください

| 特になし <input type="checkbox"/> | (上記の1の質問で手術を受けたと答えた方は、下の病名にもチェックをいれてください) |                                  |                               |                             |           |                                  |                                  |                               |                             |  |
|-------------------------------|---|----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|--|
| 病名                            | 発症年齢                                      | 現況                               |                               |                             | 病名        | 発症年齢                             | 現況                               |                               |                             |  |
| 高血圧                           |   | 治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> | 経過観察 <input type="checkbox"/> | 治癒 <input type="checkbox"/> | 低血圧       |                                  | 治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> | 経過観察 <input type="checkbox"/> | 治癒 <input type="checkbox"/> |  |
| 糖尿病                           |   | 治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> | 経過観察 <input type="checkbox"/> | 治癒 <input type="checkbox"/> | がん        |                                  | 治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> | 経過観察 <input type="checkbox"/> | 治癒 <input type="checkbox"/> |  |
| 高脂血症・脂質異常症                    |   | 治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> | 経過観察 <input type="checkbox"/> | 治癒 <input type="checkbox"/> | 胃・十二指腸疾患  |                                  | 治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> | 経過観察 <input type="checkbox"/> | 治癒 <input type="checkbox"/> |  |
| 脳卒中・脳血管障害                     |   | 治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> | 経過観察 <input type="checkbox"/> | 治癒 <input type="checkbox"/> | その他の消化器疾患 |                                  | 治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> | 経過観察 <input type="checkbox"/> | 治癒 <input type="checkbox"/> |  |
| 狭心症・心筋梗塞                      |   | 治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> | 経過観察 <input type="checkbox"/> | 治癒 <input type="checkbox"/> | うつ        |                                  | 治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> | 経過観察 <input type="checkbox"/> | 治癒 <input type="checkbox"/> |  |
| その他の心臓病                       |   | 治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> | 経過観察 <input type="checkbox"/> | 治癒 <input type="checkbox"/> | 喘息        |                                  | 治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> | 経過観察 <input type="checkbox"/> | 治癒 <input type="checkbox"/> |  |
| 慢性腎疾患                         |   | 治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> | 経過観察 <input type="checkbox"/> | 治癒 <input type="checkbox"/> | 緑内障       |                                  | 治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> | 経過観察 <input type="checkbox"/> | 治癒 <input type="checkbox"/> |  |
| その他の腎疾患                       |   | 治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> | 経過観察 <input type="checkbox"/> | 治癒 <input type="checkbox"/> | 骨粗鬆症      |                                  | 治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> | 経過観察 <input type="checkbox"/> | 治癒 <input type="checkbox"/> |  |
| 貧血                            |   | 治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> | 経過観察 <input type="checkbox"/> | 治癒 <input type="checkbox"/> | 前立腺肥大     |                                  | 治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> | 経過観察 <input type="checkbox"/> | 治癒 <input type="checkbox"/> |  |
| 不整脈                           |   | 治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> | 経過観察 <input type="checkbox"/> | 治癒 <input type="checkbox"/> | 甲状腺疾患     |                                  | 治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> | 経過観察 <input type="checkbox"/> | 治癒 <input type="checkbox"/> |  |
| B型C型肝炎                        |   | 治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> | 経過観察 <input type="checkbox"/> | 治癒 <input type="checkbox"/> | 呼吸器系疾患    |                                  | 治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> | 経過観察 <input type="checkbox"/> | 治癒 <input type="checkbox"/> |  |
| その他の肝臓病                       |   | 治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> | 経過観察 <input type="checkbox"/> | 治癒 <input type="checkbox"/> | 高尿酸血症(痛風) |                                  | 治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> | 経過観察 <input type="checkbox"/> | 治癒 <input type="checkbox"/> |  |
| その他の病気(左詰め) ( )               |   |                                  |                               |                             |           | 治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> | 経過観察 <input type="checkbox"/>    | 治癒 <input type="checkbox"/>   |                             |  |

自覚症状について 特になし  該当する症状に☑をつけてください

|   |                                    |                                    |                                |                                |
|---|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 疲労感 <input type="checkbox"/>  | めまい、立ちくらみ <input type="checkbox"/> | 胸やけ <input type="checkbox"/>       | 意識消失 <input type="checkbox"/>  | 便秘 <input type="checkbox"/>    |
| 眼精疲労 <input type="checkbox"/>   | 頭痛 <input type="checkbox"/>        | 胃痛 <input type="checkbox"/>        | 不眠 <input type="checkbox"/>    | 下痢 <input type="checkbox"/>    |
| 首・肩こり <input type="checkbox"/>  | 咳がよくでる <input type="checkbox"/>    | 手足のむくみ <input type="checkbox"/>    | 体重減少 <input type="checkbox"/>  | 血便 <input type="checkbox"/>    |
| 動悸 <input type="checkbox"/>   | 痰がよくでる <input type="checkbox"/>    | 手足のしびれ、まひ <input type="checkbox"/> | 関節が痛む <input type="checkbox"/> | 胃部不快感 <input type="checkbox"/> |
| 息切れ <input type="checkbox"/>  | 胸痛 <input type="checkbox"/>        | 舌のもつれ <input type="checkbox"/>     | 耳鳴り <input type="checkbox"/>   | 残尿感 <input type="checkbox"/>   |
| その他(左詰め) ( )  |                                    |                                    |                                |                                |
| 【女性のみ】妊娠中 または妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> |                                    |                                    |                                |                                |

他覚症状について 最近、まわり(第3者)から、健康上について何か言われたことがあれば記入してください

特になし

その他(左詰め) ( )

採血について 該当する箇所☑をつけてください

過去に採血をして気分が悪くなったことがある  血が止まりにくい、または血液をさらさらにする薬(ワーファリン等)を服薬中である

業務歴について 該当する箇所数年を記入し、複数業務歴のある方は、現職に☑をつけてください

| 職種                              | 現職                       | 従事年数 | 職種                                    | 現職                       | 従事年数 |
|---------------------------------|--------------------------|------|---------------------------------------|--------------------------|------|
| 管理職 <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | 年    | 技術職 <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> | 年    |
| 事務職 <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | 年    | 技能職 <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> | 年    |
| 営業職 <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | 年    | その他(左詰め) ( ) <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 年    |
| 業務経験なし <input type="checkbox"/> |                          |      |                                       |                          |      |

問診は以上です。おつかれさまでした。裏面に来院時の注意事項がありますのでご確認ください。