

## 問診票

記載日:20 年 月 日

氏名: カナ( )

生年月日: 大正・昭和・平成・西暦 年 月 日 歳

性別: 男性 女性

当てはまる項目に チェックや必要なことをご記入ください。

紹介状 あり 紹介状 なし 自費診療希望(健診、健康相談など)

1. お困りのことや症状を教えてください (複数回答可)

糖尿病(血糖値) 脂質異常(コレステロールや中性脂肪) 尿酸値(痛風)

高血圧 甲状腺の病気 骨粗鬆症

その他( )

現在お困りの症状は いつからですか。どんな症状ですか。

2. 身長 cm 体重 kg

最近体重の増減がありましたか？ ある場合は以下に記入してください。

( )ヶ月で ( )kg 増加 減少 した

過去の最高体重: ( )kg 当時( )歳だった

20歳の頃の体重: ( )kg

3. 現在通院中、または 今までにかかった病気、手術などを、その時の年齢とともに教えてください。

- 
- 
- 
- 
-

4. 継続して飲んでいる薬や健康食品はありますか？ お薬手帳をお持ちの方はお見せください。

はい( ) いいえ

5. 「血液をサラサラにする」「血液がかたまりにくくなる」と説明を受けて飲んでいる薬はありますか？

はい( ) いいえ

6. 便通のペースはどうですか？

1日 ( )回、または ( )日に1回

何かお困りのこと、気になることがあれば教えてください。

7. 平均的な就寝時刻と起床時刻を教えてください。

就寝： 時 分頃 起床： 時 分頃

よく眠れている 途中で目が覚める 寝つきが悪い  
熟睡感がない 日中眠くなる

8. アルコールは飲みますか。

はい → 毎日 1週間に( )日 1ヶ月に( )日

1回あたりの飲酒量を教えてください： ( )を( )mL・合くらい

ほとんど飲まない

まったく飲まない

過去には飲酒していたが 今は飲んでいない

→ ( )歳ころまでは ( )を( )mL・合くらい

9. タバコは吸いますか。

いいえ

全く吸ったことがない

禁煙をはじめた ] 1日 ( )本

半年以上禁煙している ] ( )歳～( )歳 まで

はい 1日 ( )本 ( )歳～今まで

禁煙しようと思いますか？

止めるつもりはない

止めようと思っているが、迷っている

本数を減らすなど自分なりに工夫している

すぐに禁煙しようと思っている

10. 内服薬、注射薬、食品などで 蕁麻疹やほかのアレルギーの症状が出たことはありますか。

はい 薬品・食品名( )

いいえ

11. 血縁者で 糖尿病、高コレステロール血症、高血圧、がん、そのほかの病気になられた方はいらっしゃいますか。

糖尿病 どなたが( )

高コレステロール血症・高脂血症 どなたが( )

高血圧 どなたが( )

がん どなたが( ) どこのがん( )

どなたが( ) どこのがん( )

どなたが( ) どこのがん( )

そのほか

12. 差支えが無ければ、お仕事について教えてください。

現在( ) 以前( )

デスクワーク 結構 歩く時間が長い 重いものを運ぶことが多い 家事

13. 必要時、レントゲン検査を受けることに

同意します 同意しません

署名:

14. 女性の方は 以下の質問にもご回答ください。

月経 順調 不順 閉経

最終月経: ( )月( )日から ( )日間

その前の月経: ( )月( )日から ( )日間

現在妊娠の可能性はありますか？

妊娠中 妊娠の可能性がある 可能性は全くない

現在授乳中の方は教えてください。

ありがとうございました