

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。

()カ月で ()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 カ月に() 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

☐半年以上禁煙している

} 1 日 () 本
() 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() どのがん()

どなたが() どのがん()

どなたが() どのがん()

☐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