問診票

住　　所	〒　　-
建物名・部屋番号	
携帯電話など平日、日中の連絡先	
フリガナ	
氏　　名	男・女
生年月日	S・H　　年　　月　　日生　　才

(1)（家族歴）親・兄弟・その他血縁関係の方に病気がある方は続柄を記入して下さい。
1　高血圧（　　）　2　心臓病（　　）　3　糖尿病（　　）　4　高脂血症（　　）
5　癌（　　）　6　肝臓病（　　）　7　その他（　　）

(2)（既往歴）該当する番号を○で囲んで下さい。
1　高血圧症（　　才）　2　心臓疾患（　　才）　3　肺結核（　　才）　4　貧血症（　　才）
5　肝臓疾患（　　才）　6　腎臓疾患（　　才）　7　糖尿病（　　才）　8　高脂血症（　　才）
9　リウマチ（　　才）　10　胃・十二指腸潰瘍（　　才）　11　緑内障（　　才）
12　前立腺肥大（　　才）　13　ぜんそく（　　才）　14　アレルギー性疾患（　　才）　15　高尿酸血症（　　才）
16　薬剤による副作用（　　才）
※　その他手術歴など（　　年　　月ごろ　　病名　　）

(3)（現症）最近の健康状態についてお答え下さい。（該当する番号を○で囲んで下さい）
1　坂道や階段を上る時息切れ、動悸がする
2　胸がしめつけられる感じがする
3　耳鳴りがある
4　脈の乱れを感じることがある
5　目まいがある
6　足やまぶたのむくみがある
7　右上腹部に痛みがある
8　空腹時に腹痛がある
9　黒い便が出たことがある
10　便に血が混じっていることがある
11　最近尿の回数が多い
12　最近ひどくだるい
13　最近食欲がない
14　最近便秘がひどい
15　関節にひどい痛みがある
16　その他（　　）

(4)　日常の生活について（該当する項目を○で囲み数量を記入して下さい）
1　タバコの量　吸わない　・　吸う　（1日約　　本位）
2　飲酒の量　飲まない　・　飲む
（日本酒・ビール・ウイスキー・焼酎・ワインを　週に　　日　　1日平均　　合・mℓ・杯）
3　1日の平均睡眠時間　　時間

(5)　今までに検診を受けたことがありますか、その結果はどうでしたか。
（検診名）　1　人間ドック　　2　成人病検診　　3　定期健康診断
4　胃検診　　5　その他（　　）
（受診月日）　平成　　年　　月頃（一番最近のものについて）
ア　異常なし
イ　有所見（具体的に）（　　）

(6)　現在治療中の病気があれば、その病気を記入して下さい。
な し　・　あ る　　病名（　　）

(7)　現在服用している薬があれば記入して下さい。
（　　）

(8)　今回の検診で特に相談したいことがありましたら書いて下さい。
相談したいこと（　　）

(9)　女性のみお答えください。
現在妊娠の可能性はありますか。　　いいえ　・　は　い　→　“はい”の方は
レントゲン検査は出来ません。
スタッフへお申し出下さい。