

健康診断問診票



内科・小児科・皮膚科・婦人科・人間ドック・予防接種
Sakura Cross Clinic - EMPORIUM
サクラクロスクリニック エンポリアムタワー18F

診察券番号
HN

法人名 Corporate name				受診日 Implementation date		
氏名 Full name	English				住所 Address	
					TEL	
	漢字				海外旅行保険 Insurance	
		ペースメーカー・ICD Pacemaker	ある A <input type="checkbox"/>	ない N/A <input type="checkbox"/>		
生年月日 Birthday			採血時気分不快 Feeling uncomfortable when collecting blood	ある A <input type="checkbox"/>	ない N/A <input type="checkbox"/>	
年齢 Age			アルコール消毒での赤み Alcohol disinfection	ある A <input type="checkbox"/>	ない N/A <input type="checkbox"/>	

自覚症状について 最近気になる症状がありましたら、該当する項目にチェックを付けてください。(複数回答可)

□自覚症状なし	□下痢	□腰痛・膝痛および肩こり
□胸部圧迫感・胸痛	□便秘	□胃の痛み・胸やけ・もたれ
□動悸・心悸亢進	□手足のしびれ	□不眠
□呼吸苦・息切れ	□倦怠感(だるい)	□その他
□頭痛・耳鳴り	□めまい・立ちくらみ	

本人および家族が過去にかかった病気・現在治療中の病気について

※特になしの場合は「なし」にチェックを付けてください。 病歴があれば「病名」、「発症年齢」、「経過」をご記入ください。		本人の病歴	□なし																														
<p>【主な疾患、所見】</p> <table border="1"> <tr> <td>01. 高血圧</td> <td>16. 腰・膝疾患</td> </tr> <tr> <td>02. 糖尿病</td> <td>17. 緑内障・白内障</td> </tr> <tr> <td>03. 脂質異常症(高脂血症)</td> <td>18. 前立腺疾患</td> </tr> <tr> <td>04. 脳卒中(脳出血/脳梗塞等)</td> <td>19. 乳腺疾患</td> </tr> <tr> <td>05. 心臓病(狭心症/心筋梗塞等)</td> <td>20. 婦人科疾患</td> </tr> <tr> <td>06. 腎臓病(腎不全/腎・尿管結石等)</td> <td>21. けいれん・てんかん</td> </tr> <tr> <td>07. 肝臓病</td> <td>22. がん</td> </tr> <tr> <td>08. 呼吸器疾患(気管支喘息/肺炎等)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>09. 胃・十二指腸潰瘍</td> <td></td> </tr> <tr> <td>10. 大腸ポリープ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>11. 胆石・胆囊ポリープ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>12. 貧血</td> <td></td> </tr> <tr> <td>13. 甲状腺疾患(低下/亢進)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>14. 高尿酸血症(痛風)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>15. 関節リウマチ</td> <td></td> </tr> </table> <p>23. その他</p>				01. 高血圧	16. 腰・膝疾患	02. 糖尿病	17. 緑内障・白内障	03. 脂質異常症(高脂血症)	18. 前立腺疾患	04. 脳卒中(脳出血/脳梗塞等)	19. 乳腺疾患	05. 心臓病(狭心症/心筋梗塞等)	20. 婦人科疾患	06. 腎臓病(腎不全/腎・尿管結石等)	21. けいれん・てんかん	07. 肝臓病	22. がん	08. 呼吸器疾患(気管支喘息/肺炎等)		09. 胃・十二指腸潰瘍		10. 大腸ポリープ		11. 胆石・胆囊ポリープ		12. 貧血		13. 甲状腺疾患(低下/亢進)		14. 高尿酸血症(痛風)		15. 関節リウマチ	
01. 高血圧	16. 腰・膝疾患																																
02. 糖尿病	17. 緑内障・白内障																																
03. 脂質異常症(高脂血症)	18. 前立腺疾患																																
04. 脳卒中(脳出血/脳梗塞等)	19. 乳腺疾患																																
05. 心臓病(狭心症/心筋梗塞等)	20. 婦人科疾患																																
06. 腎臓病(腎不全/腎・尿管結石等)	21. けいれん・てんかん																																
07. 肝臓病	22. がん																																
08. 呼吸器疾患(気管支喘息/肺炎等)																																	
09. 胃・十二指腸潰瘍																																	
10. 大腸ポリープ																																	
11. 胆石・胆囊ポリープ																																	
12. 貧血																																	
13. 甲状腺疾患(低下/亢進)																																	
14. 高尿酸血症(痛風)																																	
15. 関節リウマチ																																	
<p>【経過】 ①治療済 ②治療中 ③治療中断・未治療^{※1} ④経過観察中^{※2}</p> <p>【続柄】 ①父 ②母 ③父方祖父母 ④母方祖父母 ⑤兄弟・姉妹</p> <p>※1 医師に治療を勧められたが何もしていない。または治療していたが自ら途中で中止した方。 ※2 医師のもとで検査や測定を定期的に行っていたり、食事運動療法のみで服薬していない方。</p>																																	

☆下記1~23の質問にお答えください。(22~23は女性の方のみお答えください。)

	質問項目	回答
1	最期に飲食された(水、お茶を除く)のは何時間前ですか。 ※例:食後10時間半 ⇒ 「10.5」	. 時間前
2	現在、aからcの薬を使用していますか。 ※使用している場合は、お薬の名前をご記入ください。	
	a 血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	b インスリン注射または血糖を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
c コレステロール・中性脂肪を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
3	医師から脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	医師から心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	医師から慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析)を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6	医師から貧血といわれたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	※「習慣的に」とは、合計100本以上または6ヶ月以上喫煙しており、最近1ヶ月も吸っている状態 ※「はい」の方は「1日の喫煙本数」と「喫煙年数」もご記入ください	本/1日 年間
8	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年間以上実施していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
10	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ますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
11	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度は速いですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
12	この1年間で体重の増減が±3kg以上ありましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
13	人と比較して食べる速度は速いですか。 ①速い ②普通 ③遅い	
14	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
15	夕食後に間食(3食以外の夜食)をとることが週に3回以上ありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
16	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
17	アルコール類を飲む頻度をお答えください。 ※②「時々」の方は、週何回程度かご記入ください ①毎日 ②時々 ③ほとんど飲まない(付き合い程度) ④飲まない(飲めない)	(週に 回)
18	飲酒日の1日あたりの飲酒量をお答えください。 1合の目安: 清酒1合(180ml)、ビール中瓶1本(500ml)、焼酎35度(80ml)、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml) ①1合未満 ②1~2合未満 ③2~3合未満 ④3合以上	
19	睡眠で休養が十分とれていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
20	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。 ①改善するつもりはない ②改善するつもりである(概ね6ヶ月以内) ③近いうちに(概ね1ヶ月以内)改善するつもりであり、少しづつ始めている ④既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) ⑤既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)	
21	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"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
22	現在、生理中ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
23	現在、妊娠していますか。 ※妊娠中の方は、X線検査が受診できませんので申し出て下さい。 ①していない ②している ③可能性がある	(妊娠 ヶ月)

そのほかにご相談されたいことがございましたら、ご記入ください。