

法人名 Corporate name				受診日 Implementation date				
氏名 Full name	English				住所 Address			
	漢字				TEL			
					海外旅行保険 Insurance			
生年月日 Birthday				性別 Sex	ペースメーカー・ICD Pacemaker	ある A <input type="checkbox"/>	ない N/A <input type="checkbox"/>	
年齢 Age					探血時気分不快 Feeling uncomfortable when collecting blood	ある A <input type="checkbox"/>	ない N/A <input type="checkbox"/>	
					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)

<input type="checkbox"/> 自覚症状なし	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 腰痛・膝痛および肩こり
<input type="checkbox"/> 胸部圧迫感・胸痛	<input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 胃の痛み・胸やけ・もたれ
<input type="checkbox"/> 動悸・心悸亢進	<input type="checkbox"/> 手足のしびれ	<input type="checkbox"/> 不眠
<input type="checkbox"/> 呼吸苦・息切れ	<input type="checkbox"/> 倦怠感（だるい）	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 頭痛・耳鳴り	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし	
【主な疾患、所見】 01. 高血圧 02. 糖尿病 03. 脂質異常症（高脂血症） 04. 脳卒中（脳出血／脳梗塞等） 05. 心臓病（狭心症／心筋梗塞等） 06. 腎臓病（腎不全／腎・尿管結石等） 07. 肝臓病 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・胆嚢ポリープ 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  【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  【続柄】 ① 父    ② 母    ③ 父方祖父母    ④ 母方祖父母    ⑤ 兄弟・姉妹	病名	年齢	経過
16. 腰・膝疾患 17. 緑内障・白内障 18. 前立腺疾患 19. 乳腺疾患 20. 婦人科疾患 21. けいれん・てんかん 22. がん  23. その他	家族の病歴	<input type="checkbox"/> なし	
	病名	続柄	
※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断した方。 ※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。			

	診察券番号 HN					
☆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。  ※「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				<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
			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	ほぼ同じ年齢の同姓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)、ウィスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml) ① 1合未満    ② 1～2合未満    ③ 2～3合未満    ④ 3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、少しずつ始めている 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。  ① していない    ② している    ③ 可能性がある				<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
					(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。