

健康診断問診票

年 月 日

※この問診票は、診察を行うにあたり必要な情報を頂き、信頼でき、安心できる診察を提供させて頂くためにご記入頂きます。個人情報厳守させていただきます。

フリガナ 氏名	性別 男 ・ 女
	生年月日 年 月 日 才
〒 住所	ご職業
電話	携帯
ご来院のきっかけをお聞かせください <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 広告 <input type="checkbox"/> 紹介 () <input type="checkbox"/> 会社(総務)からの案内	
1 健康診断受診状況について A 定期的に受けている B 時々受けている C 受けていない 受けている方は a 人間ドック b 会社健診 c 地域の健診 d その他 ()	
2 自覚症状あるいは健康について気になることがあれば具体的に書いてください	
3 今までにかかった病気 もしくは現在治療中の病気について質問します ・ 心臓・脳・血管の病気 高血圧 心筋梗塞 狭心症 脳梗塞 その他 () *ペースメーカーは挿入されていますか? ない ・ ある ・ 甲状腺疾患 / 甲状腺機能亢進症 低下症 バセドウ病 その他 () ・ 呼吸器の疾患 / 気管支喘息 COPD その他 () ・ 代謝性疾患b / 脂質異常症 高尿酸血症 糖尿病 HbA1cの数値 () ・ 肝炎を指摘されたことがありますか? ない ・ ある A型 B型 C型 自己免疫型 その他 () ・ 輸血をしたことはありますか? ない ・ ある ・ 入れ墨・タトゥーはありますか? ない ・ ある ・ 眼科疾患 / 白内障 高眼圧症(緑内障) その他 ()	
★男性の方へ★ 前立腺肥大を指摘されたことはありますか・・AGA等で内服薬やサプリメントはありますか? ()	
★女性の方婦人科系 子宮筋腫 月経困難症 子宮内膜症 卵巣嚢腫 その他 () 月経の周期は? 約 日周期、 整 ・ 不整、 出血量は? 多い、 少ない、 普通 妊娠している可能性はありますか? (はい (妊娠 週 ・ 詳細不明) ・ いいえ) 授乳中ですか? (している ・ していない) 最終月経はいつですか? (月 日)、 閉経している (才頃)	
**服用している薬・点眼薬がありましたらご記入ください ☆薬手帳お持ちの方はお出しください	

→裏面へ続きます

今まで病気にかかったり手術をしたことがある方は下記に記載してください

年齢	病名	治療

食品や薬品などでアレルギー反応を起こしたことはありますか？（あり ・ なし）
ありと答えた方は何で、どのようになるのか具体的に教えてください。

例：スギ花粉で鼻水が出る 歯医者さんの麻酔で血圧が下がった 抗生剤でじんま疹

下記の質問にお答えください。

- 食習慣： 1日に何回食事されますか？ 3回 ・ 2回（朝食抜き・昼食抜き・夕食抜き） ・ 1回
 外食の頻度は多いですか？ 週に2, 3回 ・ 月に2, 3回 ・ その他（ ）
 コンビニやスーパーのお惣菜等の食事は多いですか？ はい ・ いいえ
 間食はされますか？
 内容の傾向： ・ 味の濃いものが多い ・ 塩辛いものが多い ・ 脂っこいものが多い
 ・ バランスに気を付けている
- お酒： 飲まない ・ 飲む ・ 以前は飲んでいて（ _____歳まで）
 飲酒のペース： 毎日 ・ 週に1～3回 ・ 月に1～3回 ・ 機会飲酒
 1回の飲酒量： ビール ml, ワイン 杯, 日本酒 合,
 焼酎 杯, チューハイ 杯
- たばこ： 吸ったことがない ・ 吸う 1日に平均 _____本、約 _____年間 または _____歳から）
 以前吸っていた（ _____才 ～ _____才、 1日平均 _____本）
- 排便ペース： 1日 _____回 ・ 週に _____回
 便の状態： 普通 ・ 下痢 ・ 軟便 ・ 便秘 ・ 硬便 ・ ㊦㊦糞 ・ 下痢と便秘の繰り返し
 ※女性のみ 月経は便通に影響しますか？ はい（ 下痢 ・ 便秘 ） ・ いいえ
- 睡眠： 普段、おおよそ何時に就寝、何時に起床されますか？ 就寝 _____時、 起床 _____時
- 運動： 運動習慣はありますか？ _____毎日 ・ 週に _____回 ・ 仕事で動く程度 ・ なし
 1回にどの程度体を動かしますか？ _____時間程度
 運動の内容は？ ジムワーク ・ ジョギング ・ ウォーキング ・ その他（ _____）

その他 何かご質問やご相談はありますか？

ご協力ありがとうございました！