

問 診 票

平成 年 月 日記入

(健康診断用)

ふりがな

氏 名 (男性 ・ 女性) 身長 : cm

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳) 体重 : kg

自宅住所 〒

自宅電話番号 () ー

勤務先名 (会社名) ・ 職業

具体的な職務 ・ 役職名

過去に治療を受けた病気がある場合、その病名とその時の年齢をご記入下さい。

(1) 歳

(2) 歳

現在治療中の病気はありますか？ (あり・なし)

ありの場合、その病名をご記入下さい。

現在定期的にのんでいる薬はありますか？ (あり・なし)

ありの場合、どのような薬ですか？

今までに薬や食べ物でじん麻疹が出たりしたことがありますか？ (あり・なし)

ありの場合、どのようなものでおこりましたか？

女性の方にうかがいます。 現在妊娠の可能性はありますか？ (はい・いいえ・わからない)

現在授乳中ですか？ (はい・いいえ)

家族構成 (病気加療中もしくは亡くなった方はその病名をご記入下さい)

(特に高血圧、糖尿病、高脂血症、脳いっ血、心臓病、癌など)

父 歳 健康・病気加療中・死亡 病名 ()

母 歳 健康・病気加療中・死亡 病名 ()

兄弟姉妹 人 健康・病気加療中・死亡 病名 ()

配偶者 歳 健康・病気加療中・死亡 病名 ()

子供 人 健康・病気加療中・死亡 病名 ()

思い当たるところに ○ をつけて下さい

食 欲 : 良い・普通・食欲はあるが食べられない・食欲がなく食べたくない

睡 眠 : 良い・普通・良く寝付けない・夜中に何回もトイレに行く

体 重 : 6カ月前とくらべて 2kg以上増加・変化ない・2kg以上減少

お酒とタバコについて、該当するところに ○ をつけるか、下線部にご記入下さい

お酒 : 1日平均 1合 以下・以上・たまに付き合いで飲む程度・飲まない

タバコ : 1日 _____本・吸わない・過去に吸っていた (_____年前より禁煙)

自覚症状確認票

以下の症状で思い当たるところに○をつけて下さい。

コロン (:) の後に選択項目がある場合は該当するものに○をつけて下さい。

循環器系

1. 血圧が高いといわれた
2. 血圧が低いといわれた
3. 動悸・息切れがある
4. 脈が乱れる
5. 左胸が痛くなる
6. 顔がむくむ
7. 足がむくむ
8. 手足が冷える
9. 疲れやすい
10. 立ちくらみがある

呼吸器系

11. 咳が多い
12. 痰が多い
(痰の色は)
13. 胸が痛い
14. 背中が痛い
15. 寝汗をかきやすい

消化器系

16. 上腹部が痛い
(1) 空腹時・食後
(2) 激痛・鈍痛
(3) 臍上部
(4) 右上腹部
(5) 右下腹部
17. 胸がはる
18. 胸やけがおこる
19. げっぷが多い
20. 吐き気がする
21. 食欲がない
22. 食物がつかえる感じ
23. 下痢しがち
24. 便秘しがち
25. 血便が出たことがある
26. 黒色便が出たことがある
27. いぼ痔・切れ痔がある
28. 舌が白い
29. のどが渇く
30. 非常にお腹がすく
31. 口臭が気になる

神経系

32. 頭が重い
33. 頭が痛い
34. めまいがある
35. のぼせがある
36. しびれ(手・足)
37. 歩くのに不自由
38. 物が二重に見える
39. 腰が痛い
40. 神経痛(場所は)
41. 物忘れしやすい
42. 突然倒れたことがある
43. 話すのに不自由を感じる

皮膚・筋肉・関節

44. 皮膚がかゆくなる
45. じん麻疹が出やすい
46. あざがしやすい
47. 乳房にしこりがある
48. 肩が凝る
49. 関節が腫れる
50. 関節が痛む
51. 朝、手がこわばる
52. 筋肉が痛む
53. おできがしやすい

目・耳・鼻

54. 視力障害(右・左・両方)
55. 蚊のようなものが見える
56. 見えないところがある
57. 眼が痛み
58. 電灯の周りに輪が見える
59. 耳が遠い(聞こえづらい)
60. 耳だれがある
61. 耳が痛い
62. 耳鳴りがする
63. 鼻汁がでる
64. 鼻づまりがある
65. 鼻血が出やすい
66. 声がかすれる
67. 歯ぐきから血が出やすい
68. 扁桃腺が腫れやすい

泌尿器系

69. 尿の回数が多い
70. 尿の量が少ない
71. 尿線が細い(ちよろちよろ出る)
72. 排尿までに時間がかかる
73. 尿が濁っている
74. 尿が赤い
75. 性病にかかったことがある
76. 尿がひどく臭い
77. 残尿感がある

婦人科(女性の方のみ)

78. 初産 歳
79. 分娩 回数
80. 流早産 回数
81. 閉経 歳
82. 月経
(1) 周期: 正・不整
(2) 量: 多量・中等量・少量
83. 帯下(おりもの)
(1) 有無: あり・なし
(2) 色: 白色・褐色・黄色・赤色
84. 出血
(1) 中間期: あり・なし
(2) 性交後: あり・なし
85. 現在妊娠しているかもしれない

過敏症

86. ペニシリン注射で異常がでた
87. 解熱剤や痛み止めで発疹がでる
(薬品名:)
88. 食品にアレルギーがある
(食品名:)
89. 化粧品にかぶれやすい
90. 気管支喘息がある
91. 花粉症がある

日常生活

92. 睡眠時間: 平均 時間
93. 睡眠は: 規則正しい・不規則
94. 食事は: 規則正しい・不規則