

問 診 票

フリガナ			S ・ H	年 月 日 (歳)	受診 年月日	
氏名	男 ・ 女		生年月日			
住所	〒				TEL	
					個人メール アドレス (緊急時)	

※自覚症状、既往歴及び家族歴は裏面を参照し記入してください。(病名コードがない場合は直接病名を記入してください。)

自覚症状	症状	症状	症状	症状	症状	症状

家族歴	続柄	病名	続柄	病名	続柄	病名

既往歴	病名	年齢	転帰	病名	年齢	転帰

業務歴	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり(薬品や有機溶媒などの接触 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) <input type="checkbox"/> 薬品や有機溶媒との接触ありの方 具体的に: ()
-----	---

服薬中の薬名	
--------	--

健康質問票

◆次の質問について、該当する項目のボックスに☑してください。なお、1～3及び8の項目は必ず☑してください。

質問項目	回答記入欄 (☑チェック)
1～3 現在、aからcの薬の使用の有無	
1 a.血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2 b.血糖を下げる薬またはインスリン注射	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3 c.コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4 医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっていると言われたり、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、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっていると言われたり、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
6 医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっていると言われたり、治療(人工透析など)を受けていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7 医師から、貧血と言われたことがある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。(※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1、条件2を両方満たすものである。) 条件1:最近1か月間吸っている 条件2:生涯で6か月間以上、又は合計100本以上吸っている	<input type="checkbox"/> はい (条件1,2を両方満たす) <input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない(条件2を満たす) <input type="checkbox"/> いいえ
9 20歳の時の体重から10kg以上増加している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
10 1回30分以上の軽く汗のかく運動を週2日以上、1年以上実施	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
11 日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
12 ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
13 食事をかんで食べる時の状態は、どれにあてはまりますか。	<input type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> 歯や歯ぐき、かみあわせなどに気になる部分があり、かみにくいことがある <input type="checkbox"/> ほとんどかめない
女性記入欄	生理中ですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 妊娠中ですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

質問項目	回答記入欄 (☑チェック)
14 人と比較して食べるのが速い。	<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 遅い
15 就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
16 朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない
17 朝食を抜くことが週に3回以上ある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
18 お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどのくらいですか。 (※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者)	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週5～6日 <input type="checkbox"/> 週3～4日 <input type="checkbox"/> 週1～2日 <input type="checkbox"/> 月に1～3日 <input type="checkbox"/> 月に1日未満 <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 飲まない(飲めない)
19 飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安 ・ビール(5度) 500ml ・焼酎(25度) 約110ml ・ワイン(14度) 約180ml ・ウイスキー(43度) 60ml ・缶チューハイ(5度) 約500ml、缶チューハイ(7度) 約350ml	<input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1～2合未満 <input type="checkbox"/> 2～3合未満 <input type="checkbox"/> 3～5合未満 <input type="checkbox"/> 5合以上
20 睡眠で休養が十分とれている。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
21 運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。	<input type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 改善するつもりである(概ね6ヶ月以内) <input type="checkbox"/> 近いうち(概ね1か月)に改善するつもりであり、少しずつ始めている <input type="checkbox"/> すでに改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) <input type="checkbox"/> すでに改善に取り組んでいる
22 生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

自覚症状質問票

現在、身体に感じている症状がありましたら、下記の表からコードを選んで自覚症状欄に記入してください。

コード	自覚症状	コード	自覚症状	コード	自覚症状
01	いらいらする、不安を感じる	13	手足がむくむ	25	便秘をする
02	眠れない	14	息切れがする	26	下痢をする
03	頭が痛い、重い	15	動悸や脈の乱れがある	27	便に血が混じる
04	身体がつかれやすい、だるい	16	胸の痛み、違和感、締め付けられる様な感じがする	28	尿の出が悪くなった
05	のどが渇く	17	咳や痰がでる	29	尿の回数が多い
06	痩せてきた	18	吐き気がある	30	排尿時に違和感がある
07	太ってきた	19	食欲がない	31	背中や肩が張る
08	目が疲れたり、かすんだりする	20	胸やけ、胃もたれがある	32	腰痛がある
09	めまいや立ちくらみがする	21	食物が飲み込みにくい	33	関節痛がある
10	耳が聞こえにくい	22	空腹時にみぞおちが痛むことがある	34	皮膚にできものが出やすい
11	耳鳴りがする	23	食後にみぞおちが痛むことがある		
12	手足がしびれる	24	下腹部が張ったり、痛みを感じる		

既往歴質問票

下記の病気にかかったことがありますか。

もしかかったことがあれば、病名・年齢・転帰を例にならって既往歴欄に記入してください。

コード	病名	コード	病名	コード	病名	コード	病名
01	脳腫瘍	17	気管支拡張症	33	虫垂炎	49	血液疾患
02	脳梗塞	18	慢性気管支炎	34	痔	50	貧血
03	クモ膜下出血	19	高血圧	35	胆石症	51	痛風・高尿酸血症
04	脳出血	20	狭心症	36	胆のうポリープ	52	神経痛
05	一過性脳虚血発作	21	心筋梗塞	37	慢性膵炎	53	うつ病
06	緑内障	22	心房中隔欠損症	38	肝がん	54	扁桃腺炎
07	白内障	23	心室中隔欠損症	39	B型肝炎	55	子宮頸がん
08	糖尿病性網膜症	24	心臓弁膜症	40	C型肝炎	56	子宮体がん
09	その他の眼科疾患	25	不整脈	41	肝硬変	57	卵巣嚢腫(腫瘍)
10	甲状腺機能低下症	26	食道がん	42	腎炎・ネフローゼ	58	子宮内膜症
11	甲状腺機能亢進症	27	胃がん	43	腎結石	59	子宮筋腫
12	結核・胸膜炎	28	胃潰瘍	44	尿路結石	60	子宮細胞診異常
13	肺がん	29	胃ポリープ	45	前立腺がん	61	乳がん
14	肺線維症	30	十二指腸潰瘍	46	前立腺肥大	62	乳腺症
15	肺気腫	31	大腸がん	47	高脂血症	63	更年期障害
16	気管支ぜんそく	32	大腸ポリープ	48	糖尿病	64	間接リウマチ

コード	転帰	コード	転帰
01	手術後薬剤治療	06	薬剤なし受診中
02	手術後薬剤なし受診中	07	手術後治療終了
03	内視鏡下切除後薬剤治療	08	内視鏡下切除後治療終了
04	内視鏡下切除後薬剤なし治療中	09	治療終了
05	薬剤治療中	10	放置あるいは治療中断

例: 40歳で胃潰瘍になり薬剤治療中の場合

既往歴	病名	年齢	転帰
	28	40	05

家族歴質問票

ご家族の方で下記の病気にかかったことがあれば、続柄・病名を例にならって家族歴欄に記入してください。

コード	続柄
A	父親
B	母親
C	兄弟・姉妹
D	祖父母

コード	病名	コード	病名
01	脳梗塞	10	大腸がん
02	クモ膜下出血	11	肝がん
03	脳出血	12	前立腺がん
04	肺がん	13	糖尿病
05	高血圧	14	子宮頸がん
06	狭心症	15	子宮体がん
07	心筋梗塞	16	卵巣嚢腫(腫瘍)
08	食道がん	17	乳がん
09	胃がん		

例: 父親が糖尿病、母親が高血圧の場合

家族歴	続柄	病名	続柄	病名
	A	13	B	05