

健康診断問診票

フリガナ		登録番号	□□□□□□	受診日	□□□□□□
氏名		コース	□□□□		
生年月日	年齢	性別			

※この問診票は、えんぴつでご記入ください。オレンジの項目は必ずご確認ください。

1. 現病歴、既往歴について該当するものに☑をつけてください。

(1)現在、飲み薬・注射薬・点眼薬・吸入薬等を使用していますか。

はい いいえ

↓ ※受診当日、お薬手帳や薬名リストなどをお持ちください。

医療機関名	主治医	先生
薬剤名		

(2)現在、特に以下のお薬を使用していますか。

- 血圧を下げる薬(高血圧)
- インスリン注射又は血糖を下げる薬(糖尿病)
- コレステロール・中性脂肪を下げる薬(脂質異常)
- 尿酸を下げる薬(痛風)
- 抗凝固薬・抗血小板薬(血液をサラサラにする薬)
- 心臓の薬(狭心症、心筋梗塞、不整脈の薬)
- 胃・十二指腸の薬(胃炎や潰瘍の薬)

(3)既往歴で該当するものに☑をつけてください。

治療中：主治医のもとで薬などを使用中
 観察中：治療はしていないが定期的に検査を受けている
 治癒：すでに治療が完了した
 放置：指摘されたが受診していない又は途中でやめた

	治療中	観察中	治癒	放置		治療中	観察中	治癒	放置
脳卒中(脳出血・脳梗塞)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	気管支喘息	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
緑内障・高眼圧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	貧血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
狭心症・心筋梗塞	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B型肝炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
不整脈	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C型肝炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
前立腺肥大	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肝硬変	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腎炎・ネフローゼ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	甲状腺機能低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
慢性腎臓病・腎不全・人工透析	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	甲状腺機能亢進	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	膠原病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
アレルギー疾患(花粉症等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	うつ・神経症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	骨粗しょう症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(4)上記以外で、治療中、経過観察中の疾患があればご記入ください。

2. 自覚症状について該当するものに☑をつけてください。(女性の疾患については、別ページに質問項目がございます。)

<input type="checkbox"/> 肩こりがひどい	<input type="checkbox"/> よく下痢をする	<input type="checkbox"/> 尿の出が悪い・残尿感がある	<input type="checkbox"/> 咳・痰が長く続く
<input type="checkbox"/> 動悸・息切れがする	<input type="checkbox"/> 便秘気味だ	<input type="checkbox"/> 頻尿・夜間2回以上の尿	<input type="checkbox"/> 痰に血が混ざる
<input type="checkbox"/> 脈がみだれる	<input type="checkbox"/> 便が細くなった	<input type="checkbox"/> 立ちくらみ・めまいがある	<input type="checkbox"/> 耳鳴りがする
<input type="checkbox"/> 胸痛・胸部圧迫感がある	<input type="checkbox"/> まっ黒な便が出る	<input type="checkbox"/> 手指がふるえる	<input type="checkbox"/> 頭痛がひどい
<input type="checkbox"/> 胸やけ・胃もたれがある	<input type="checkbox"/> 便に血が混ざる	<input type="checkbox"/> しびれがある(顔・上肢・下肢)	
<input type="checkbox"/> お腹が張る	<input type="checkbox"/> 排尿時に痛みがある	<input type="checkbox"/> 物がゆがんで見える	
<input type="checkbox"/> 腹痛がある(右側・左側・全体・みぞおち)		<input type="checkbox"/> 視野の中で見えない部分がある	

3. その他、気になる症状、他院での健診・人間ドックで経過観察や再検査の指示を受けられたことがあればご記入ください。

受診日

次ページもご記入ください。

4. 手術歴のある方は該当するものに☑をつけて、手術をした疾患名、医療機関名、最終手術時年齢をご記入ください。

当クリニックで受診歴がある方へ (前回記入のある箇所には☑があります。修正する場合は二重線を記入してください。例:)

下記、手術歴に追加や変更はありませんか? 変更あり(下記にご記入ください。) 変更なし

部位	部位・治療法に☑を付けてください	手術をした疾患名	手術をした医療機関名	最終手術時年齢
<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> クリップ・コイルによる脳動脈瘤手術 <input type="checkbox"/> その他			<input type="text"/> 歳頃
<input type="checkbox"/> 目	<input type="checkbox"/> 両眼 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 白内障			<input type="text"/> 歳頃
	<input type="checkbox"/> 両眼 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 緑内障			<input type="text"/> 歳頃
<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> 全摘出 <input type="checkbox"/> 部分切除			<input type="text"/> 歳頃
<input type="checkbox"/> 肺	<input type="checkbox"/> 左・全摘出 <input type="checkbox"/> 左・部分切除 <input type="checkbox"/> 左・その他			<input type="text"/> 歳頃
	<input type="checkbox"/> 右・全摘出 <input type="checkbox"/> 右・部分切除 <input type="checkbox"/> 右・その他			
<input type="checkbox"/> 心臓	<input type="checkbox"/> バイパス術 <input type="checkbox"/> 人工弁 <input type="checkbox"/> スtent			<input type="text"/> 歳頃
	<input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 除細動器			
	<input type="checkbox"/> カテーテルアブレーション <input type="checkbox"/> その他			
<input type="checkbox"/> 胃	<input type="checkbox"/> 全摘出 <input type="checkbox"/> 部分切除			<input type="text"/> 歳頃
	<input type="checkbox"/> 内視鏡治療			
<input type="checkbox"/> 大腸	<input type="checkbox"/> 大腸直腸切除 <input type="checkbox"/> 内視鏡治療			<input type="text"/> 歳頃
	<input type="checkbox"/> 盲腸(虫垂切除)			<input type="text"/> 歳頃
<input type="checkbox"/> 胆のう	<input type="checkbox"/> 摘出術 <input type="checkbox"/> その他			<input type="text"/> 歳頃
<input type="checkbox"/> 肝臓	<input type="checkbox"/> 部分切除 <input type="checkbox"/> その他			<input type="text"/> 歳頃
<input type="checkbox"/> すい臓	<input type="checkbox"/> 部分切除 <input type="checkbox"/> その他			<input type="text"/> 歳頃
<input type="checkbox"/> 腎臓	<input type="checkbox"/> 左・全摘出 <input type="checkbox"/> 左・部分切除 <input type="checkbox"/> 左・その他			<input type="text"/> 歳頃
	<input type="checkbox"/> 右・全摘出 <input type="checkbox"/> 右・部分切除 <input type="checkbox"/> 右・その他			
<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 全摘出 <input type="checkbox"/> 部分切除			<input type="text"/> 歳頃

※女性疾患の手術歴は、最終ページ「女性用問診票」にご記入ください。

上記以外に手術歴があれば、ご記入ください。

①	<input type="text"/> 歳頃	②	<input type="text"/> 歳頃
③	<input type="text"/> 歳頃	④	<input type="text"/> 歳頃

5. がんや悪性腫瘍の既往のある方は疾患名、治療法、治療時年齢についてご記入ください。

当クリニックで受診歴がある方へ (前回記入のある箇所には☑があります。修正する場合は二重線を記入してください。例:)

下記、治療歴に追加や変更はありませんか? 変更あり(下記にご記入ください。) 変更なし

疾患名	治療法に☑を付けてください	治療時年齢
	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 抗癌剤 <input type="checkbox"/> ホルモン療法 <input type="checkbox"/> 免疫療法 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> リンパ節郭清 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="text"/> 歳頃
	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 抗癌剤 <input type="checkbox"/> ホルモン療法 <input type="checkbox"/> 免疫療法 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> リンパ節郭清 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="text"/> 歳頃
	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 抗癌剤 <input type="checkbox"/> ホルモン療法 <input type="checkbox"/> 免疫療法 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> リンパ節郭清 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="text"/> 歳頃

受診日

次ページもご記入ください。

フリガナ		登録番号	<input type="text"/>	受診日	<input type="text"/>
氏名					

6. ピロリ菌の検査及び除菌状況について該当するものに☑をつけてください。

当クリニックで受診歴がある方へ（前回記入のある箇所には☑があります。修正する場合は下記にご記入ください。）

「除菌成功した方」

ピロリ菌検査は？ ⇒ 「検査済み」の方	⇒ 結果が「陽性」だった方	⇒ 「除菌治療を受けた」方	⇒ 何回目の除菌で成功ですか？
検査済み <input type="checkbox"/>	検査結果は？	除菌治療は？	
未検査 <input type="checkbox"/>	陽性(+) <input type="checkbox"/>	受けた <input type="checkbox"/>	1回目 <input type="checkbox"/>
	陰性(-) <input type="checkbox"/>	(西暦 年 月頃)	2回目 <input type="checkbox"/>
		未治療 <input type="checkbox"/>	3回目以降 <input type="checkbox"/>
		除菌後の確認は？	
		陰性(-) (除菌成功) <input type="checkbox"/>	
		陽性(+) (除菌失敗) <input type="checkbox"/>	
		未確認 <input type="checkbox"/>	

7. 生活習慣について該当するものに☑をつけてください。

現在たばこ(電子タバコ含む)を習慣的に吸っていますか？※

はい いいえ 過去に吸っていた (年前まで)

※『たばこを習慣的に吸っている』とは、「吸い始めてから合計100本以上 または 6か月以上吸っている方」であり、最近1か月間も吸っていること。

上記で「はい」または「過去に吸っていた」方におたずねします。

一日の喫煙本数と喫煙していた期間はどのくらいですか？ 1日 本 年間

現在の飲酒について 毎日飲む 4~6日/週 1~3日/週 ほとんど飲まない(飲めない)

一日あたりの飲酒量は？ 1合未満 1~2合未満 2~3合未満 3合以上

【清酒1合(180ml) = 焼酎25度(110ml) = ビール中瓶1本(約500ml) = ワイン2杯(240ml) = ウイスキーダブル1杯(60ml)】

体重	20歳の時から10kg以上増加している	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
	運動は全くしていない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
運動	1日30分以上の軽く汗をかく運動を週2回1年以上実施している	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
	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る	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
	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			
	人と比較して食べる速度が速い	<input type="checkbox"/> 速い	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 遅い			
食事	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			
	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			
	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？ (以下より1つ選んでください)					
	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> ほとんど摂取していない			
	揚げ物、肉類が多い	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	野菜はあまり食べない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	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？ (以下より1つ選んでください)					
	<input type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる	<input type="checkbox"/> ほとんどかめない				
<input type="checkbox"/> 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある						
その他	睡眠で休養が十分とれている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
	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たいと思う	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
	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？ (以下より1つ選んでください)					
	<input type="checkbox"/> 改善するつもりはない	<input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる (6ヶ月以上)				
<input type="checkbox"/> 概ね6か月以内に改善するつもりである	<input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる (6ヶ月未満)					
<input type="checkbox"/> 概ね1か月以内に改善するつもりであり、少しずつ始めている						

受診日

次ページもご記入ください。

8. 以下の項目について該当するものに☑をつけてください。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 頸動脈・心臓等にステントを3ヶ月以内に挿入した | <input type="checkbox"/> 採血時に気分が悪くなったことがある |
| <input type="checkbox"/> 永久的な刺青(いれずみ・アートメイク等)をしている | <input type="checkbox"/> アルコール消毒でかぶれたことがある |
| <input type="checkbox"/> 体内に金属片が入っている または 可能性がある | <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症である |
| <input type="checkbox"/> テタニー・多発性骨髄腫・マクログロブリン血症・褐色細胞腫のいずれかの既往歴がある | |
| <input type="checkbox"/> 貼付剤を使用している (デュロテップパッチ、フェントステープ、ニトロダーム、ホクナリンテープなど) | |

9. 今までに薬や注射・造影剤などでアレルギーが出たことがありますか。

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
|-----------------------------|------------------------------|

(1) "はい"の方は以下の該当する欄に☑をつけてください

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 造影剤(MRI・CTなどの検査用)アレルギーがある | <input type="checkbox"/> ブスコパンなど胃検査前処置薬アレルギーがある |
| <input type="checkbox"/> 局所麻酔薬(歯科等)アレルギーがある | <input type="checkbox"/> その他 |

(2)アレルギーの原因となった薬の名前と、具体的な症状をご記入ください。(じんましんが出た、息が苦しくなったなど)

薬名	症状

10. 家族歴(血縁の方がかかった疾患)について該当するものに☑をつけてください。

当クリニックで受診歴がある方へ (前回記入のある箇所には☑があります。修正する場合は二重線を記入してください。例:)

下記、家族歴に追加や変更はありませんか? 変更あり(下記にご記入ください。) 変更なし

	父母	祖父母	兄弟姉妹		父母	祖父母	兄弟姉妹
高血圧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	心筋梗塞・狭心症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	その他の心臓・血管疾患での突然死	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
高脂血症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B型肝炎・C型肝炎・肝硬変	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
脳梗塞・脳卒中	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()がんと悪性腫瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
結核	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()がんと悪性腫瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
大腿骨頸部骨折	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()がんと悪性腫瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

医療法人知音会の関連施設(御池クリニック(旧坂崎診療所)・四条烏丸クリニック)での受診歴がある場合、過去データ(直近2回分)を参照し、健康診断成績表に表示することを希望されますか?

- 表示を希望しない

受診日

次ページもご記入ください。

女性用問診票

フリガナ		登録番号	<input type="text"/>	受診日	<input type="text"/>
氏名					

注意事項 生理中、授乳中、妊娠中、妊娠の可能性のある方は、検査ができない項目がございます。事前にお問い合わせください。

1. 子宮・卵巣について該当する項目に☑をつけてください。

<input type="checkbox"/> 現在、授乳中である	<input type="checkbox"/> 妊娠したことがある
<input type="checkbox"/> 現在、妊娠中である	<input type="checkbox"/> 出産したことがある
<input type="checkbox"/> 現在、妊娠の可能性がある	<input type="checkbox"/> 閉経した (<input type="text"/> 歳頃)
<input type="checkbox"/> 月経は規則的である 最終月経開始日は？	<input type="checkbox"/> 6か月以上月経がない
<input type="checkbox"/> 月経は不規則である ⇒ <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="checkbox"/> ホルモン療法を受けている
<input type="checkbox"/> ドック受診日に月経になる可能性が高い	<input type="checkbox"/> おりもの(帯下)が気になる
<input type="checkbox"/> 月経痛がひどい	<input type="checkbox"/> 不正出血がある
<input type="checkbox"/> 月経量が多い	<input type="checkbox"/> 性交渉の経験がある

2. 手術歴のある方は該当するものに☑をつけて、手術をした疾患名、医療機関名、手術時年齢をご記入ください。

当クリニックで受診歴がある方へ (前回記入のある箇所には☑があります。修正する場合は二重線を記入してください。例:)

下記、手術歴に追加や変更はありませんか？ 変更あり(下記にご記入ください。) 変更なし

部位	部位・治療法に☑を付けてください	手術をした疾患名	手術をした医療機関名	最終手術時年齢
<input type="checkbox"/> 子宮	<input type="checkbox"/> 全摘出 <input type="checkbox"/> 部分切除 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> その他			<input type="text"/> 歳頃
<input type="checkbox"/> 卵巣・卵管	<input type="checkbox"/> 左・摘出術 <input type="checkbox"/> 左・その他 <input type="checkbox"/> 右・摘出術 <input type="checkbox"/> 右・その他			<input type="text"/> 歳頃
<input type="checkbox"/> 乳房	<input type="checkbox"/> 左・全摘出 <input type="checkbox"/> 左・部分切除 <input type="checkbox"/> 右・全摘出 <input type="checkbox"/> 右・部分切除 <input type="checkbox"/> 豊胸術(マンモグラフィはご受診いただけませんのでご注意ください。)			<input type="text"/> 歳頃

上記以外に女性疾患の手術歴があれば、ご記入ください。

① 歳頃 ② 歳頃

3. 婦人科の疾患で、治療中あるいは経過観察中のものがあれば☑をつけてください。

子宮筋腫 子宮内膜症 卵巣のう腫 更年期障害 その他()

4. 子宮頸がん検診(最近の受診歴とその結果)について該当する項目に☑をつけてください。

受けたことがない 1年以内に受診 2年以内に受診 2年以上前に受診
 受けたことがある方 ⇒ 結果は？ 異常なし 要経過観察 要治療

5. 乳房について該当する項目に☑をつけてください。

乳房にしこりがある [左 右] 乳首から異常分泌がある [左 右]

6. 乳房の疾患で、治療中あるいは経過観察中のものがあれば☑をつけてください。

乳房のう胞 乳房腫瘍 乳腺症 その他()

7. 乳房検診(最近の受診歴とその結果)について該当する項目に☑をつけてください。

受けたことがない 1年以内に受診 2年以内に受診 2年以上前に受診
 受けたことがある方 ⇒ 検査方法は？ 視触診 マンモグラフィ 超音波(エコー)
 ⇒ 結果は？ 異常なし 要経過観察 要治療

受診日

質問は以上です。ありがとうございました。