

共通問診票

受診日	令和 年 月 日 ()	ID	
開始時間	午前/午後 時 分	フリガナ	
コース		氏名	性別 男・女
健保名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 年齢

1. 【生活習慣】について該当するものにレ点(チェック)をつけて下さい。

1	現在、血圧を下げる薬を服用している 薬剤名()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	現在、血糖を下げる薬またはインスリン注射を使用している 薬剤名()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用している 薬剤名()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	現在、上記以外で治療中の病気がある 病名()薬剤名() 病名()薬剤名()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	脳卒中(脳出血、脳梗塞等)といわれたり、治療を受けたことがある 病名()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6	心臓病(狭心症、心筋梗塞等)といわれたり、治療を受けたことがある 病名()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	慢性腎臓病や腎不全といわれたり、治療(人工透析等)を受けたことがある 病名()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	貧血といわれたことがある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9	上記以外の既往歴・手術歴がある <input type="checkbox"/> 痛風・高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 () <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍 () <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 () <input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> ()癌 ()	
10	たばこを吸ったことがある ※現在及び過去に吸っていた場合、本数・年数をご記入下さい	<input type="checkbox"/> はい(現在) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 過去に吸っていた 1日 本 × 年間
11	20歳の時に比べて体重が10kg以上増加している	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
12	1日30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
13	日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施している	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
14	同じ年代の人と比べて歩く速度はどうか	<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 遅い
15	食事を噛んで食べる時の状態はどれにあてはまるか	<input type="checkbox"/> 何でも噛んで食べることができる <input type="checkbox"/> 歯や歯茎、噛み合わせなど気になる部分があり、噛みにくいことがある <input type="checkbox"/> ほとんど噛めない
16	人と比べると、食べる速さはどうか	<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 遅い
17	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
18	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取する頻度	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない
19	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
20	お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々飲む <input type="checkbox"/> 飲まない

21	飲酒日の1日当たりの飲酒量【以下、日本酒1合(180ml)に相当する量】 ビール(約500ml)、焼酎25度(110ml)、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	<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合以上
22	睡眠で休養が十分にとれている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
23	運動や食生活等の生活習慣の改善について	<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(約6ヶ月以内) <input type="checkbox"/> 近いうちに(約1ヶ月以内)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(6ヶ月以上)	
24	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、利用する	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
25	右記のワクチンの接種歴はありますか	<input type="checkbox"/> はい (B型肝炎・麻疹・風疹・ムンプス・水痘) <input type="checkbox"/> いいえ	
26	感染症を指摘されたことがある	<input type="checkbox"/> はい (B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ 梅毒 ・ HIV) <input type="checkbox"/> いいえ	
27	アレルギーがある <input type="checkbox"/> はい アルコール ・ キシロカイン(歯科の麻酔) ・ ミント ・ その他()	<input type="checkbox"/> いいえ	

2. 【血縁家族の既往歴】について該当する番号を記入してください。

- ①脳卒中 ②心臓病 ③高血圧 ④肝疾患 ⑤が ん(部位が分かりましたらご記入ください)
⑥腎疾患 ⑦その他

父: _____ 母: _____ 祖父: _____ 祖母: _____ 兄弟: _____

3. 【自覚症状】があればご記入下さい。

過去3か月以内で、該当する症状があればその番号を、時々ある場合は○、よくある場合は◎で囲んでください。

1	特になし	11	イライラすることが多い	21	肩、首筋がよくこる
2	疲れやすい	12	食欲がない	22	腰が痛む
3	動悸がある	13	胸やけ、吐き気がする	23	視力が落ちた
4	息切れしやすい	14	胃部の痛みがある	24	排尿時に痛む
5	胸が締め付けられる	15	腹部の痛みがある	25	その他
6	めまいがする	16	便秘しやすい	()	
7	喉が渇き、よく水を飲む	17	下痢しやすい	()	
8	頭痛、頭が重い	18	便に血が混じる	()	
9	耳鳴りがする	19	尿に血が混じる	()	
10	よく眠れない	20	咳、痰がよくでる	()	

4. 【消化器科】について該当する項目に○をしてください。

検診受診歴	胃カメラ: なし・あり (前回の検査は 年前 楽だった・苦しかった・どちらでもない)
	大腸カメラ: なし・あり (前回の検査は 年前 楽だった・苦しかった・どちらでもない)
排便状況	回/ 日 (普通・軟便・下痢・便秘・その他)
歯の状況	取り外しのできる歯、ぐらぐらしている歯がある: はい・いいえ
ピロリ菌について	未検査・検査済み (陰性・陽性 → 除菌済み・未除菌)

※女性の方はお答えください。

現在妊娠していますか

はい・いいえ・可能性あり

フリガナ		ID	
お名前		生年月日	/ / (歳)

【生活環境】についてご記入ください。

職業	
種類	デスクワーク・立ち仕事・営業・肉体労働
生活環境	一人暮らし・配偶者と同居・家族と同居
食生活	外食中心・内食中心(自炊・他炊・コンビニ、惣菜のテイクアウトや出前)
食事内容	肉中心・魚中心・野菜中心・バランスよく・菜食主義
一日の食事回数	1・2・3・4以上
サプリメント	常用なし・常用あり(成分: 目的:) (成分: 目的:) (成分: 目的:)
AGA・EDの内服薬	常用なし・常用あり(AGA・ED)

※AGA、EDのサプリメントや治療薬を内服中の場合、検査結果に影響を及ぼす可能性があります。

必ずご記入ください。

【人間ドック受診頻度】について該当するものに○をつけて下さい。(当クリニック以外も含む)

1. 今回が初めて 2. 毎年の受診、()回目 3. ()年ごとの受診、()回目

2.3に該当する方はこれまでの人間ドックについてお答えください。

これまでのドックで「要経過観察」「要精密検査」「要治療」のいずれかに該当する項目はありましたか

はい・いいえ

はいに該当する場合は下記の表にご記入ください。(わかる範囲で構いません。)

結果(○をつけてください)	項目	1年以内の受診の有無(受診した場合はその結果)
例: 経過観察・精密検査・要治療	LDLコレステロール高値	あり・なし 昨年10月再検査 食事改善にて経過観察
経過観察・精密検査・要治療		あり・なし

※裏面に女性専用問診票がございます。ご記入ください。

フリガナ お名前		ID	
		生年月日	/ / (歳)

※女性の方はお答えください

<共通問診事項> 該当する項目に○をしてください。

現在妊娠していますか？		はい・いいえ・可能性有り	
<婦人科検診問診票> 該当する項目に○をしてください。			
性交歴	なし・あり		
検診受診歴	なし・あり(今から1~3年以内・4年以上前)		
	検診結果	異常なし・異常あり()	
婦人科疾患既往歴	なし・あり (子宮がん・子宮筋腫 膣部びらん 子宮内膜症 卵巣嚢腫 卵巣がん)		
月経について	初潮()才 閉経()才 周期(日型) 順・不順		
	最終月経(月日)~(月日) <input type="checkbox"/> 多量 <input type="checkbox"/> 中等量 <input type="checkbox"/> 少量		
	普段の月経量 <input type="checkbox"/> 多量 <input type="checkbox"/> 中等量 <input type="checkbox"/> 少量		
	月経痛 なし・あり(<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 痛み止めを使うほど <input type="checkbox"/> 寝込むほど)		
妊娠歴	なし・あり 妊娠(回)、出産(回)、流産(回)、中絶(回)		
過去6カ月以内の不正出血	なし・あり いつ頃から(年月日) 出血量 多い・少ない 継続期間:(日)(週)		
ホルモン剤の服用	なし・あり(薬剤名:)		

<乳がん検診問診票> 該当する項目に○をしてください。	
検診受診歴	なし・あり(年前)(視触診・マンモグラフィ・乳腺超音波)
	検診結果 異常なし・異常あり()
乳腺疾患既往歴	なし・あり(乳がん・乳腺症・乳腺炎・その他:)
授乳歴	なし・あり(年月頃まで) 子供()人・授乳中
血縁者の乳がん	なし・あり(続柄:)
体内人工物	なし・あり <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 豊胸(脂肪注入含む) <input type="checkbox"/> その他()
自己検診	していない・時々している・毎月定期的に行っている

※日本乳がん学会および東京都予防医学協会より、コロナワクチン接種後に接種側の腋窩リンパ節腫脹が起こることがあり、乳がん検診の判定に影響を及ぼす恐れがあるとされています。

そのためワクチン接種前、あるいは接種後6週間以上が経過してからの実施を推奨いたします。

コロナワクチンの接種歴 あり なし
最終接種日 年 月 日
接種した腕 右 左

※裏面に男女共通問診票がございます。ご記入ください。