

共通問診票

※下記内容を確認後、訂正がある場合はご記入下さい。

フリガナ	**カシマイ		
氏名	**氏名 様		
生年月日	**和暦生年月日	性別	**性別_性
保険者番号	**保険者番号		
保険証記号・番号	**記号	**番号	
本人or家族	**続柄		

受診日	**受診日_案内状
開始時間	**受診時間
コース	**コース略称
事業所名	**団体名称
健保名	**健保名称
ID	**karte

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。

質問項目	回答
1 現在、血圧を下げる薬を服用している	<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	<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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7 貧血といわれたことがある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8 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
9 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
10 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
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時間以上実施している	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
12 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
13 食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまるか	<input type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> 歯や歯茎、かみ合わせなど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
14 人と比べると、食べる速度はどうか	<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る	<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(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
19 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
20 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
21 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)
22 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
23 現在、服用している薬がある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ↓「はい」と答えた方は、薬剤名をご記入下さい
24 感染症を指摘されたことがある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ↓「はい」と答えた方 (B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ 梅毒 ・ HIV)

2. 女性の方にお聞きします。 該当するものにレ点(チェック)をつけて下さい。

現在、 妊娠している 妊娠していない 妊娠の可能性がある

3. 【病歴】について該当するものにご記入下さい。

なし <input type="checkbox"/>		治療済	治療中	未治療	発症年齢		治療済	治療中	未治療	発症年齢
脳出血/脳梗塞	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		()がん	<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"/>		胃ピロリ菌感染	<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"/>		肝機能障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
高血圧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		胆石、胆嚢疾患	<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"/>		慢性腎不全	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
脂質異常症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		子宮筋腫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
痛風・高尿酸血症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		乳腺症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肺結核	<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"/>
気管支喘息	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		その他()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
甲状腺疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		その他()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

手術歴

4. 【自覚症状】があればご記入下さい。

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

今回が初めて 毎年の受診、()回目 ()年ごとの受診、()回目

6. 【生活環境】についてご記入下さい。

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・出前)		
食事内容	肉中心 ・ 魚中心 ・ 野菜中心 ・ 肉・魚・野菜バランス良く ・ 菜食主義		
1日の食事回数	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4以上		
サプリメント	常用あり (↓ 「常用あり」と答えた方は、成分と目的をご記入下さい) ・ 常用なし		
成分	目的		

7. 【血縁家族の既往歴】について該当するものにレ点(チェック)をつけて下さい。

なし <input type="checkbox"/>		父	母	兄弟 姉妹	祖父母		父	母	兄弟 姉妹	祖父母
脳卒中	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心臓病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		腎臓病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
高血圧	<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"/>
肝疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>