

問 診 表 1 枚目

この問診表は、あなたの健康づくりに役立てること、効果的な健康づくり対策に役立てることを目的としております。秘密は厳守されますので、率直にお答えください。

住所	〒 270-2251 千葉県松戸市金ヶ作107-1	電話番号	※日中 繋がりやすい番号をご記入ください 047-384-8074				
氏名	(フリガナ) 子ハニシ タロウ	性別	男	生年月日	1986年4月1日	診療券番号	123456 ※不明であれば空欄でも可
	(年度年齢)			38 歳			
記載例:)	マーク記入 ☒ ☐ 数字記載 8	契約団体	受診日		受診者番号		
			2 0 2 4 0 4 0 1				

現在 (最近)、身体の調子の悪いところはありませんか？

- | | | |
|--|---|---|
| ☒ 01. 息切れ | ☐ 08. ふらつき | ☐ 15. 眠れない |
| ☐ 02. 呼吸困難 | ☐ 09. 立ちくらみ | ☒ 16. 疲れやすい |
| ☐ 03. 動悸 | ☒ 10. 咳・痰 | ☐ 17. 胃もたれ |
| ☐ 04. 胸のしめつけや不快感 | ☐ 11. 口渇 | ☐ 18. 胃痛 |
| ☐ 05. 尿が出にくい | ☐ 12. 下痢 | ☐ 19. 胸やけ |
| ☐ 06. 残尿感 | ☐ 13. 便秘 | ☐ 20. 食べ物や水がつかえる |
| ☐ 07. 頻尿 | ☐ 14. 血便 | ☐ 21. 腹痛、腹部の不快感 |
| ☒ 22. 痛みやしびれがある (頭、胸、腹、肩、 ☒ 手、腰、膝、足、他) | | |
| ☐ 99. その他 () | | |

既 往 歴 (今までにかかった病気について)

※該当するものにチェックをつけ、 発症年齢を記入してください (不明な場合は「不明」と記入)	治 療 中	治 った	観 察 中	手 術 し た	放 置 	発 症 年 齢	※該当するものにチェックをつけ、 発症年齢を記入してください (不明な場合は「不明」と記入)	治 療 中	治 った	観 察 中	手 術 し た	放 置 	発 症 年 齢
01. 眼疾患(緑内障・白内障等)	☐	☐	☐	☐	☐		13. 胆のう疾患(胆石・胆のうポリープ等)	☐	☐	☒	☐	☐	3 0
02. 耳疾患(難聴等)	☐	☐	☐	☐	☐		14. 腎疾患(腎盂腎炎・腎不全等)	☐	☐	☐	☐	☐	
03. 高血圧	☒	☐	☐	☐	☐	2 8	15. 泌尿器疾患(尿路結石・腎結石等)	☐	☐	☐	☐	☐	
04. 心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	☐	☐	☐	☐	☐		16. 消化器疾患(胃潰瘍・十二指腸潰瘍等)	☐	☐	☐	☐	☐	
05. 心臓病(弁疾患・不整脈等)	☐	☐	☐	☐	☐		17. 腸疾患(痔・大腸ポリープ等)	☐	☐	☐	☐	☐	
06. 脳疾患(脳血栓・脳梗塞・脳出血等)	☐	☐	☐	☐	☐		18. 婦人科疾患(子宮筋腫・卵巣のう腫等)	☐	☐	☐	☐	☐	
07. 糖尿病	☒	☐	☐	☐	☐	3 5	19. 乳疾患(乳腺症等)	☐	☐	☐	☐	☐	
08. 脂質異常症(高脂血症等)	☐	☐	☐	☐	☐		20. 前立腺疾患	☐	☐	☐	☐	☐	
09. 痛風	☐	☐	☐	☐	☐		21. 骨粗鬆症	☐	☐	☐	☐	☐	
10. 胸部疾患(結核・じん肺・気胸・肺炎等)	☐	☐	☐	☐	☐		22. 貧血	☐	☐	☐	☐	☐	
11. 呼吸器疾患(ぜん息等)	☐	☐	☐	☐	☐		23. がん	☐	☐	☐	☐	☐	
12. 肝疾患(B, C型肝炎・脂肪肝等)	☐	☐	☐	☐	☐		99. その他()	☐	☐	☐	☐	☐	

家 族 歴

※ご家族で下記の病気にかかった事が あればチェックをつけてください	実 父	実 母	祖 父 母	兄 弟	※ご家族で下記の病気にかかった事が あればチェックをつけてください	実 父	実 母	祖 父 母	兄 弟
01. 高血圧	☒	☐	☐	☐	04. 腎臓病	☐	☐	☐	☒
02. 糖尿病	☒	☒	☐	☐	05. 胆石・腎結石	☐	☐	☐	☐
03. 脂質異常症(高脂血症)	☒	☐	☐	☐	06. がん	☐	☐	☒	☐

女性の方におたずねします。

- | | |
|---|----------------------|
| 1 | 健診当日は生理中か、生理後2日以内である |
| 2 | 妊娠中又は、妊娠の可能性がある |

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| ☐ はい | ☐ いいえ |
| ☐ はい | ☐ いいえ |