

## 問 診 票

氏名：( )

生年月日：大正・昭和・平成 年 月 日 ( )才 性別： 男性 女性※当てはまる箇所に、チェック（あるいは○で囲む）や必要なことをご記入ください。 紹介状あり  紹介状なし  健診を希望（自費）

## 1. 来院目的（気になることを選んでください。複数回答可）

 糖尿病（血糖値）  脂質異常（コレステロールや中性脂肪）  尿酸値（痛風）  高血圧  
 甲状腺の病気  骨粗鬆症  その他（ )

現在お困りの症状がございましたら、いつから、どんな症状かを、ご記入ください

## 2. 身長 ( ) cm 体重 ( ) kg ※わからない場合は空欄で構いません

最近、体重変化のある方 ⇨ ( ) か月で ( ) kgの増・減

過去の最高体重 : ( ) 歳で ( ) kgになったことがある

20歳の頃の体重 : ( ) kg

## 3. 現在通院中、もしくは、今までにかかった病気や受けた手術を、その時の年齢とともに教えてください。

.  
.  
.  
.

## 4. 続けて飲んでいる薬や健康食品はありますか？お薬手帳をお持ちの方は、ご提示ください。

 はい ( )  いいえ

## 5. 「血液をサラサラにする」「血液がかたまりにくくなる」と説明を受けて飲んでいる薬はありますか？

 はい ( )  いいえ

## 6. 便通のペースはどうか？

1日 ( ) 回、あるいは ( ) 日に1回

## 7. 平均的な就寝時刻と起床時刻を教えてください。

就寝時刻： \_\_\_\_\_時\_\_\_\_\_分頃 ~ 起床時刻： \_\_\_\_\_時\_\_\_\_\_分頃

 よく眠れている  途中で目が覚める  寝つきが悪い

## 8. 酒類は飲みますか？

 はい ⇨  毎日  1週間に ( ) 日程度 ほとんど飲まない  飲まない 止めた ⇨ ( ) 才頃までは、ビール 350mL 缶換算で1日 ( ) 本程度

9. タバコは吸いますか？

- いいえ
- 全く吸ったことがない
- 禁煙を始めて半年以内 } ( ) 歳～ ( ) 歳まで ( ) 本/日
- 半年以上禁煙ができています }
- はい ⇨ 1日 ( ) 本 ( ) 年間

タバコを吸われている方は、禁煙についてどう思いますか？

- 止めるつもりがない
- 止めようとは思っているが、まだ迷っている
- すぐに禁煙をしようと思っている。あるいは、本数を減らすなど自分なりに取り組んでいる。

10. 血縁者で、糖尿病、高コレステロール血症、高血圧、がん、その他の病気になられた方がいますか？

- 糖尿病 どなたが ( )
- 高コレステロール血症 どなたが ( )
- 高血圧 どなたが ( )
- がん どなたが ( )、どこのがん ( )
- どなたが ( )、どこのがん ( )
- どなたが ( )、どこのがん ( )

11. 内服薬、注射、食品等で蕁麻疹がでるなど、アレルギーの症状が出たことはありますか

- はい ⇨ 薬品・食品名 ( )
- いいえ

12. 支障なければ、職種/仕事の内容、を教えてください。

- 現在 ( ) 以前 ( )
- 家事  ほとんどデスクワーク  結構、歩いたりする  重たい物を運んだりする

13. 女性の方のみ記載してください（レントゲン検査、投薬などに際して必要です）

- 月経  順調  不順  閉経
- 最終月経：( ) 月 ( ) 日から ( ) 日間
- その前の月経：( ) 月 ( ) 日から ( ) 日間
- 現在妊娠の可能性はありますか？  妊娠中  妊娠の可能性はある  可能性は全くない

14. 必要時、レントゲン検査を受けることに ( 同意します ・ 同意しません )

署名：

15. 当クリニックを知られたきっかけを教えてください（複数回答可）

- インターネット検索  新聞記事  新聞折り込み
- 家族や親せきからの情報  知人からの情報  近くを歩いて
- JR 駅前の看板  阪神福島駅の看板
- その他 ( )

ありがとうございました。