

サンシャイン・クリニック
健康診断 問診票

ID _____

年 月 日

フリガナ	性別	男 女	生年月日			歳
氏名			昭和 平成	年	月	
住所 〒			自宅電話:			
			携帯電話:			

女性の方にお伺いします

- ① 現在、生理中ですか？ はい いいえ
- ② 現在、妊娠中または妊娠の可能性がありますか？ はい いいえ わからない

◇既往歴・治療歴

No.	疾患名	年齢	完治	観察中	治療中	No.	疾患名	年齢	完治	観察中	治療中	No.	疾患名	年齢	完治	観察中	治療中
1	特になし					21	虫垂切除術					41	骨折				
2	高血圧					22	痔疾患						(部位)
3	低血圧					23	肝機能障害					42	白内障				
4	狭心症					24	急性肝炎					43	緑内障				
5	心筋梗塞					25	慢性肝炎					44	花粉症				
6	不整脈					26	肝硬変					45	難聴				
7	心臓弁膜症					27	脂肪肝					46	手術経験				
8	脳出血					28	胆石症					47	子宮筋腫				
9	脳梗塞					29	胆嚢切除術					48	卵巣嚢腫				
10	てんかん					30	膵臓疾患					49	婦人科手術				
11	精神疾患					31	急性腎炎					50	乳腺疾患				
12	肺結核					32	慢性腎炎						()
13	胸膜炎					33	腎・尿路結石					51	その他				
14	肺炎					34	貧血症										
15	喘息					35	糖尿病										
16	胃潰瘍					36	甲状腺機能障害										
17	十二指腸潰瘍					37	痛風(高尿酸血症)										
18	胃切除術					38	脂質異常症										
19	慢性胃炎					39	関節リウマチ										
20	大腸ポリープ					40	椎間板ヘルニア										

◇家族歴

肉親の方(父母・兄弟姉妹・祖父母・叔父叔母等)に次のような病気にかかった方がいる場合は、以下の表に該当するところにご記入ください。

病名	罹患した人	病名	罹患した人	病名	罹患した人
脳疾患		高血圧		心臓病	
癌		糖尿病		肝臓病	
アレルギー		結核		喘息	
その他の病気					

◇自覚症状 当てはまるものすべてに、○をつけてください。

<input type="checkbox"/>	目が疲れ、充血する	<input type="checkbox"/>	視力が落ちてきた	<input type="checkbox"/>	目が痛むことがある
<input type="checkbox"/>	耳の聞こえが悪くなった	<input type="checkbox"/>	耳鳴りがする	<input type="checkbox"/>	めまいがする事がある
<input type="checkbox"/>	頭痛がする事がある	<input type="checkbox"/>	気が遠くなる	<input type="checkbox"/>	体のどこかがしびれる
<input type="checkbox"/>	咳や痰がとれない	<input type="checkbox"/>	のどに詰まった感じがする	<input type="checkbox"/>	扁桃腺がよく腫れる
<input type="checkbox"/>	動悸・息切れ	<input type="checkbox"/>	胸や背中が痛くなる	<input type="checkbox"/>	立ちくらみをおこす
<input type="checkbox"/>	食欲が無い	<input type="checkbox"/>	顔や手足がむくむ	<input type="checkbox"/>	手足が冷たい
<input type="checkbox"/>	空腹時や食後に胃が痛い	<input type="checkbox"/>	吐き気がする	<input type="checkbox"/>	肩や首筋がこる
<input type="checkbox"/>	下痢をよく起こす	<input type="checkbox"/>	便秘がちである	<input type="checkbox"/>	手足が腫れて痛くなる
<input type="checkbox"/>	いつも体が疲れやすくだるい	<input type="checkbox"/>	じんましんが出来るやすい	<input type="checkbox"/>	腰やひざが痛い
<input type="checkbox"/>	口が渇いて水分を多く取る	<input type="checkbox"/>	尿の出が悪い	<input type="checkbox"/>	尿に血が混じったり痛みがある
<input type="checkbox"/>	排尿回数が多い	<input type="checkbox"/>	よく眠れない	<input type="checkbox"/>	やる気がなくなる

その他、自覚症状がありましたら、お書きください。

ID _____

氏名 _____

下記のすべての質問にお答え下さい。

それぞれの質問について、当てはまる番号に1つだけ○をつけて下さい。

	質問事項	回答
1	現在、血圧を下げる薬を使用している	1. はい 2. いいえ
2	現在、インスリン注射または血糖を下げる薬を使用している	1. はい 2. いいえ
3	現在、コレステロールを下げる薬を使用している	1. はい 2. いいえ
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているとされたり、治療を受けたことがある	1. はい 2. いいえ
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているとされたり、治療を受けたことがある	1. はい 2. いいえ
6	医師から、慢性の腎不全にかかっているとされたり、治療(人工透析)を受けたことがある	1. はい 2. いいえ
7	医師から、貧血と言われたことがある	1. はい 2. いいえ
8	サプリメント、健康食品などを使用している	1. はい 2. いいえ
9	たばこの喫煙歴がある(現在たばこを吸っている方も含む)	1. はい 2. いいえ
10	現在たばこを習慣的に吸っている ※習慣的とは…合計100本以上、または6ヶ月以上吸っていて、最近1ヶ月間も吸っていること	1. はい 2. いいえ
11	20歳の時の体重から10kg以上増加している	1. はい 2. いいえ
12	1回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	1. はい 2. 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	1. はい 2. いいえ
14	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い	1. はい 2. いいえ
15	この1年間で体重の増減が±3kg以上あった	1. はい 2. いいえ
16	人と比較して食べる速度が速い	1. 速い 2. ふつう 3. 遅い
17	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週3回以上ある	1. はい 2. いいえ
18	夕食後に間食(3食以外の夜食)をとることが週3回以上ある	1. はい 2. いいえ
19	朝食を抜くことが週3回以上ある	1. はい 2. いいえ
20	お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度	1. 毎日 2. 時々 3. ほとんど飲まない(飲めない)
21	飲酒日の1日当たりの飲酒量 ※清酒1合(180ml)の目安:ビール中瓶1本(約500ml)、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	1. 1合未満 2. 1~2合未満 3. 2~3合未満 4. 3合以上
22	睡眠で休養が十分とれている	1. はい 2. いいえ
23	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	1. 改善するつもりはない 2. 改善するつもりである(概ね6ヶ月以内) 3. 概ね1ヶ月以内に改善するつもり又は少しずつ始めている 4. 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) 5. 既に改善に取り組んでいる(9ヶ月以上)
24	生活習慣病の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか	1. はい 2. いいえ