

問 診 票

氏名： 様 受診日：

1. 既往歴について

- ・ 現在治療中の病気または過去の病気についてお答えください。

現況欄に次の1～4の数字を記入ください。 1:治療中、2:経過観察中、3:治癒、4:その他



特になし

	発症年齢	現況		発症年齢	現況		発症年齢	現況
高血圧	歳		B型、C型肝炎	歳		胃・十二指腸疾患	歳	
糖尿病	歳		その他の肝臓病	歳		ぜん息	歳	
脂質異常症	歳		慢性腎疾患	歳		緑内障	歳	
不整脈	歳		その他の腎疾患	歳		骨粗鬆症	歳	
狭心症・心筋梗塞	歳		痛風	歳		前立腺肥大	歳	
その他の心臓病	歳		貧血	歳		甲状腺疾患	歳	
脳卒中	歳		がん	歳		(病名:)		
その他の病気 ()	歳		()	歳				

- ・ 現在継続して飲んでいる薬がありますか。

☐ 血圧を下げる薬	☐ 血が止まりにくい または 血液をさらさらにする薬
☐ 血糖を下げる薬 または インスリン注射	☐ その他 ()
☐ コレステロールや中性脂肪を下げる薬	

- ・ 手術したことがありますか。 ☐ いいえ ☐ はい 部位: ()
- ・ 輸血をしたことがありますか。 ☐ いいえ ☐ はい

2. 家族歴について

- ・ 血のつながった両親、祖父母、兄弟などで下記の病気にかかったことがありますか。

	高血圧	糖尿病	狭心症・心筋梗塞	脳卒中	がん	
父						部位: ()
母						部位: ()
祖父母						部位: ()
兄弟姉妹						部位: ()

3. 検査について

- ・ 過去に検査を受けて具合が悪くなったことや検査に注意することがありますか。

☐ 採血で気分が悪くなったことがある	☐ ペースメーカーを使用している
☐ 胃透視検査で気分が悪くなったことがある	☐ アルコール綿にアレルギーがある
☐ 胃透視検査でおなかの具合が悪くなったことがある	☐ その他アレルギーがある
☐ 麻酔で気分が悪くなったことがある	()

問 診 票

氏名： 様 受診日：

4. 自覚症状について 該当する症状にチェックしてください。

- ☒ 特になし ☐ 動悸 ☐ せきがよく出る ☐ 胃痛 ☐ 耳鳴り
☐ 息切れ ☐ たんがよく出る ☐ 手足がむくむ ☐ 便秘
☐ めまい・立ちくらみ ☐ 胸痛 ☐ 手足がしびれる ☐ 下痢
☐ 頭痛 ☐ 胸やけ ☐ 関節が痛む ☐ 残尿感

その他気になる症状があればお書きください

{

}

5. 女性の方への質問 ※女性の方のみお答えください。

最終月経日 月 日から 日間

- ☐ 妊娠中または妊娠している可能性がある ☐ 生理中である ☐ 閉経している

6. 生活習慣について 該当する項目にチェックしてください。

現在、たばこを習慣的に吸いますか 「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と2を両方満たす者である。
条件1：最近1か月間吸っている 条件2：生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている

☐ 吸わない (条件1、2以外) ☐ 吸う (条件1と条件2を両方満たす) ☐ 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない (条件2のみ満たす)

「吸う」または「以前は吸っていた」方は本数、年数を数字で記入ください 1日 本 約 年間

お酒を飲む頻度をお答えください ☐ 毎日 ☐ 週5～6日 ☐ 週3～4日 ☐ 週1～2日
「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者

飲酒日の1日当たりの飲酒量は？ ☐ 1合未満 ☐ 1～2合未満 ☐ 2～3合未満 ☐ 3～5合未満 ☐ 5合以上

※ 日本酒 1合 (アルコール度数15度・180ml) の目安：ビール (同5度・500ml)、焼酎 (同25度・約110ml)、ワイン (同14度・約180ml)
ウイスキー (同43度・60ml)、缶チューハイ (同5度・約500ml、同7度・約350ml)

20歳の時の体重から10Kg以上増加している ☐ はい ☐ いいえ1回30分以上の軽い汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している ☐ はい ☐ いいえ日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施している ☐ はい ☐ いいえほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い ☐ はい ☐ いいえ

食事をかんで食べるときの状態はどれにあてはまりますか

- ☐ 何でもかんで食べることができる ☐ 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある ☐ ほとんどかめない

人と比較して食べる速度が速い ☐ 速い ☐ 普通 ☐ 遅い就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある ☐ はい ☐ いいえ朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取している ☐ 毎日 ☐ 時々 ☐ ほとんど摂取しない朝食を抜くことが週に3回以上ある ☐ はい ☐ いいえ睡眠で休養が十分とれている ☐ はい ☐ いいえ

運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか

該当するものにチェックを1つ付けてください

- ☐ 改善するつもりはない ☐ 既に改善に取り組んでいる (6ヶ月未満)
☐ 改善するつもりである (概ね6ヶ月以内) ☐ 既に改善に取り組んでいる (6ヶ月以上)
☐ 近いうちに (概ね1ヶ月以内) 改善するつもりであり、少しずつ始めている

生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。 ☐ はい ☐ いいえ

受付票（健康診断用）

健診当日までに下記の内容をご記入の上、受付へ提出してください。

当日の体調によっては、健診日を延期させていただくことがありますので、体調不良の場合は事前に山陽病院までご連絡ください。

健診日： 年 月 日

患者様氏名	フリガナ	性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日生 （ 才）		
住所	〒 -		

緊急時連絡先 ※必ず2つ以上をご記入ください

電話番号	自宅（ ） -
携帯番号	本人（ ） -
その他連絡先	（ ） - （続柄： ）
勤務先・通学先	
電話番号	（ ） -

※今後、病院からのお知らせやご案内等があった場合、上記住所への郵送を希望されますか？

【案内送付の確認】 ☐ 送付を希望 ☐ 送付は不要

健康状態について

1週間以内に 発熱、風邪に似た症状（喉の痛み、咳、息苦しさ、倦怠感）はありましたか？	はい ・ いいえ
「はい」とお答えの方にお伺いします 具体的症状 → ☐ 発熱（ ℃） ☐ 喉の痛み ☐ 咳 ☐ 息苦しさ ☐ 倦怠感	