

# 問診票（健康診断）

ID \_\_\_\_\_  
Scan   
Ns

氏名（カナで）：

女性の方： 妊娠していない

妊娠中（\_\_\_週） 出産予定日（\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日）

授乳中

いま、体調不良を感じることはありませんか？

はい ー>詳細 \_\_\_\_\_

いいえ

現在、治療中の病気がありますか？

はい ー>詳細 \_\_\_\_\_

いいえ

入院や手術、長期にわたる治療を受けた病気がありますか？

はい ー>詳細 \_\_\_\_\_

いいえ

血縁の方で、以下の病気の方はおられますか？

がん（胃・肺・乳・子宮・卵巣・大腸・ほか\_\_\_\_\_）

心血管病（脳梗塞・狭心症・心筋梗塞） 糖尿病

肝炎（B型・C型） 精神疾患（うつ病・統合失調症）

甲状腺疾患（バセドウ病・橋本病）

たばこは吸いますか？

はい 以前吸っていた 一一>（1日 本X 年間）

いいえ

職場や家庭での受動喫煙は ある ない

お酒は飲みますか？

はい ー> \_\_\_\_\_を週に \_\_\_\_\_回 \_\_\_\_\_mL

いいえ

食事は 外食が多い 濃い味付けが好き 間食をする

炭水化物（ご飯やパン）が好き 野菜はあまり食べない

20歳のころの体重は \_\_\_\_\_kg

運動は 週に2回以上している していない

以下の質問のうち、当てはまる項目がありますか？ はい いいえ

1. 1ヶ月以上毎日、憂うつな気分または沈んだ気持ちがする

2. 1ヶ月以上毎日、何ごとにも興味がわかない、いつも楽しめていたことが楽しめない