

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）・授乳中

いま、体調不良を感じる場所はありますか？

はい → 詳細 _____
いいえ

現在、治療中の病気がありますか？

はい → 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 → 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 →（1日 ____本× ____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 → _____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