

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 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 ー> (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