

問診表

検診日 年 月 日

氏名

男・女

生年月日 年 月 日 才

①最近次のような症状がありますか

以下の質問の当てはまるものに丸をして下さい

1. 1年以内に体重が減りましたか
・はい (① 2kg以上5kg未満 ② 5kg以上)
・いいえ
2. 1年以内に体重が増えましたか
・はい (① 2kg以上5kg未満 ② 5kg以上)
・いいえ
3. 疲れやすい (あり ・ 時々 ・ なし)
4. 頭痛がある (あり ・ 時々 ・ なし)
5. 肩がこる (あり ・ 時々 ・ なし)
6. 視力が急に低下した (あり ・ 時々 ・ なし)
7. のどがよくかわく (あり ・ 時々 ・ なし)
8. せき、たんが出る (あり ・ 時々 ・ なし)
9. 胸がしめつけられるような痛みがある
(あり ・ 時々 ・ なし)
10. 動悸や息切れがある
(あり ・ 時々 ・ なし)
11. (手、足、顔)がむくれる (あり ・ 時々 ・ なし)
12. (手、足)がしびれる (あり ・ 時々 ・ なし)
13. 腹痛、吐き気がある (あり ・ 時々 ・ なし)
14. 食欲 (なし ・ あり)
15. 胃が気になる (あり ・ 時々 ・ なし)
16. 下痢する (あり ・ 時々 ・ なし)
17. 便秘する (あり ・ 時々 ・ なし)
18. 便に粘膜が出たり、血液がまじったことがある
(1年以内に) (あり ・ 時々 ・ なし)
19. 背中の痛みや腰の痛みがある (あり ・ 時々 ・ なし)
20. ひざの痛みがある (あり ・ 時々 ・ なし)
21. 夜間2回以上小用に起きる (はい ・ いいえ)
22. 尿の勢いが悪い (はい ・ いいえ)
23. じんましんが出ることがある(半年以内)
(はい ・ いいえ)
24. いらいらしたり眠れないことがある
(はい ・ いいえ)
25. 女性のかたへ
おりものがある (あり ・ 時々 ・ なし)
不正性器出血がある (あり ・ 時々 ・ なし)

②その他、からだで困っていることがありますか

(あり ・ なし)

困っていること

③現在病気はありますか (あり ・ なし)

※ありの方は以下に記載

病名 ()
治療を、 (している ・ いない)

④今までにかかったおもな病気はありますか

※ありの方は以下に記載 (あり ・ なし)

高血圧症 ・ 脳卒中 ・ 糖尿病
潰瘍(部位)
狭心症 ・ 心筋梗塞 ・ その他の心臓病
肝臓病 ・ 痛風 ・ 神経痛 ・ 喘息 ・ 胆石
胆のう炎 ・ 腎臓病 ・ 痢
その他()

⑤親族の方に次の病気がありますか

※ありの方は以下に記載 (あり ・ なし)

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 脳卒中 ・ 結核
潰瘍(部位) ・ 心臓病
がん(部位) ・ 喘息 ・ 肥満

⑥嗜好についておたずねします

- ・タバコ 1日 ()本
- ・間食 每日(食べる ・ 食べない)
- ・飲酒 (あり ・ なし)

※ありの方は以下に記載

種類 (ビール・日本酒・ウイスキー・焼酎・その他)
頻度 (毎日 ・ 時々 ・ 付き合い程度)
一日の量 ()缶
()合
()本

⑦日常の健康状態をおたずねします

- ・便 (日 回) ※例 1日2回
- ・睡眠、1日(時間)

「本日、生理中の女性の方は、①～③を選択して下さい。」

尿検査をどうしますか？

①生理中だが、今日検査をする。()

②後日、尿だけ検査をする。()

③尿検査は今回省略する。()