問　診　票

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| お名前 | ふりがな | | | | 性別  (〇印) | | | 男・女 | 結婚歴  (〇印) | | 未婚  既婚 | |
| ご住所 | 〒　　　-  TEL:　　　（　　　）  E-mail: | | | | | | | | | | | |
| ご生年月日  (西暦) | 年  　　　月　　　日 | | 血液型　　(〇印) | | | | A・B・O・AB | | | RH  (〇印) | | ＋・－ |
| **【あなたの生活習慣】**※□にレ印　又は塗りつぶして下さい。 | | | | | | | | | | | | |
| 1.１日の食事回数は？ | | | | □１食　・　□２食　・　□３食　・　□４食 | | | | | | | | |
| 2.食事を摂る速度は速いほうですか？ | | | | □はい　・　□普通　・　□遅い | | | | | | | | |
| 3.朝食を抜く事が週3回以上ありますか？ | | | | □はい　・　□いいえ | | | | | | | | |
| 4.外食が多いですか？ | | | | □はい　・　□いいえ　・　□たまには | | | | | | | | |
| 5.食事は規則的ですか？ | | | | □はい　・　□いいえ | | | | | | | | |
| 6.過食はありますか？ | | | | □はい　・　□いいえ　・　□たまには | | | | | | | | |
| 7.間食はとりますか？ | | | | □はい　・　□いいえ　・　□たまには | | | | | | | | |
| 8.油っぽい料理は多いですか？ | | | | □はい　・　□いいえ　・　□たまには | | | | | | | | |
| 9.野菜はキッチリ摂るようにしていますか？ | | | | □はい　・　□いいえ　・　□たまには | | | | | | | | |
| 10.就寝前の２時間以内に夕食をとることが  週に３回以上ありますか？ | | | | □はい　・　□いいえ　・　□たまには | | | | | | | | |
| 11.お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を週にどのくらい飲みますか？ | | | | | | | | | | | | |
| □毎日　・　□1～2日　・　□3～4日　・　□ほとんど飲まない　・　□飲まない | | | | | | | | | | | | |
| 12.飲酒日のアルコール摂取量は？　(1合：ビール1本・ウイスキー・焼酎1杯) | | | | | | | | | | | | |
| □1合未満　・　□1～2合　・　□2～3合　・　□3合以上 | | | | | | | | | | | | |
| 13.たばこを吸いますか？ | | | | □はい　・　□いいえ　・　□禁煙した | | | | | | | | |
| はいと答えた方  1日に　□10本未満　・　□20本未満　・　□20本以上　　　喫煙年数　(　　　　　年間) | | | | | | | | | | | | |
| 禁煙した方　　　　1日に（　　　　）本吸っていて（　　　　）年間喫煙し（　　　　）歳で禁煙 | | | | | | | | | | | | |
| 14.睡眠が十分とれていますか？ | | | | | | | □はい　・　□いいえ | | | | | |
| 15.　２０歳の時の体重から１０ｋｇ以上増加していますか？ | | | | | | | □はい　・　□いいえ | | | | | |
| 16.この１年間で体重の増減が±３ｋｇ以上ありますか？ | | | | | | | □はい　・　□いいえ | | | | | |
| 17.１回３０分以上の運動を週２回以上していますか | | | | | | | □はい　・　□いいえ | | | | | |
| 18.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？ | | | | | | | □既に取り組んでいる  □取り組む予定  □取り組むつもりは無い | | | | | |
| 19.生活習慣病の改善について保健指導を受ける機会があれば利用しますか？ | | | | | | | □はい　・　□いいえ | | | | | |
| 20.常用薬を服用していますか？ | | | | | | | □はい　・　□いいえ | | | | | |
| 薬名 | |  | | | | | | | | | | |
| 薬名 | |  | | | | | | | | | | |
| 薬名 | |  | | | | | | | | | | |
| 21. サプリメント・健康食品を服用していますか？ | | | | | | | □はい　・　□いいえ | | | | | |
| 成分名称 | |  | | | | | | | | | | |
| 成分名称 | |  | | | | | | | | | | |
| 成分名称 | |  | | | | | | | | | | |
| **22.起床　平均何時頃に起きますか？** | | | | | | (　　　　 　時頃) | | | | | | |
| **23.就寝　平均何時頃に就寝しますか？** | | | | | | (　　　 　　時頃) | | | | | | |
| **24.通勤・通学手段と時間は？（複数可）** | | | | | | | | | | | | |
| □バス　・　□電車　・　□車　・　□バイク　・　□自転車　(　　　　　分) 　・　□徒歩(　　　　　分)  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| **25.　1日の平均就業時間は？** | | | | | | (　　　 　　　時～　　　 　　時)まで | | | | | | |
| **26.不規則勤務（残業・早朝・深夜など）はありますか？** | | | | | | □ある　・　□なし　・　□たまには | | | | | | |
| **27.運動はしていますか？** | | | | | | □はい　・　□いいえ　・　□たまには | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **【自覚症状（自分の状態）】**現在ある症状の状態を０～４の□にチェックして下さい。  ・　□　**０** → なし  ・　□　**１** → たまにあるが気にならない  ・　□　**２** → 時々あって気になる  ・　□　**３** → かなり気になる＜誰かに相談しようと思う＞  ・　□　**４** → とても気になる＜医療機関にかかろうと思う＞ | |
| 1.失神したことがある | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 2.頭痛がある | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 3.立ちくらみがある | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 4.熱が続いている | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 5.めまいがある | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 6.耳鳴りがする | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 7.鼻水・くしゃみがある | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 8.咳が長く続く | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 9.いびきをかく | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 10.喘鳴（息をする時にヒュー・ピューという音）がある | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 11.息切れがある | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 12.寝ている時に息が止まる | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 13.のどの違和感や痛みがある | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 14.食べ物が食道でつかえる感じがする | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 15.のどが渇く | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 16.動悸（ドキドキ）がある | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 17.肩こりがある | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 18胸の圧迫又は締めつけ感がある | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 19.胸やけがする | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 20.胸が痛む | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 21.胃がもたれる | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 22.食欲がない | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 23.腹痛がある | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 24.下痢がある | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 25.腰痛がある | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 26.便秘がある | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 27.尿がスッキリ出ない | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 28.関節痛がある | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 29.（顔や足に）むくみがある | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 30.手が震える | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 31.手足のしびれがある | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 32.汗がたくさん出る | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 33.暑さに弱い | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 34.体が火照る | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 35.体のだるさがある | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 36.細かな作業が行えない | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 37.寒さに弱い | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 38.体重が増えてきた | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 39.体重が減ってきた | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 40.冷え性である | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 41.皮膚病が治らない | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 42.朝起きられない | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 43.気が沈んだり気が重くなる事がある | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 44.休養がとれない | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 45.早朝に目が覚めて、その後眠れない | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 46.だるい・疲労しやすい | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 47.テレビなどを観ても楽しくない | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 48.なにをするにもおっくうだ | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 49.日中眠い | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 50.眠りにつけない | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 51.眠りの途中で目が覚める | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 52.尿漏れがある | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 53.女性：月経が無い | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 54.女性：月経が不順 | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 55.女性：月経の痛みが強い | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 56.女性：月経量が多い | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |
| 57.鼻づまりがある | □0　・　□1　・　□2　・　□3　・　□4 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **【ご本人既往歴(今までの病気)】**※□にレ印　又は塗りつぶし下さい。  記入箇所にはご記入下さい。 | | | | |
| 1.現在治療中の病気はありますか | | | □ない　・　□ある | |
| あると答えた方　　　　　病名1 |  | | | |
| 病名2 |  | | | |
| 病名3 |  | | | |
| 病名4 |  | | | |
| 2.過去にかかった主な病気はありますか？ | | | □ない　・　□ある | |
| あると答えた方　　　　　病名1 |  | | | |
| 病名2 |  | | | |
| 病名3 |  | | | |
| 病名4 |  | | | |
| 3.過去の健康診断での異常といわれた事はありますか？ | | | □ない　・　□ある | |
| あると答えた方　　　　　病名1 |  | | | |
| 病名2 |  | | | |
| 病名3 |  | | | |
| 病名4 |  | | | |
| 4.輸血を受けたことがありますか？ | | | | □ない　・　□ある |
| 5.大きな病気で手術を受けたことがありますか？ | | | | □ない　・　□ある |
| あると答えた方　　　　　病名1 |  | | | |
| 病院名／先生1 |  | | | |
| 病名2 |  | | | |
| 病院名／先生2 |  | | | |
| 6.薬（のみ薬・ぬり薬・注射など）で発疹がでたり気分が悪くなった事がありますか？ | | | | □ない　・　□ある |
| あると答えた方　その薬は？  風邪薬　・　抗生物質　・　その他(　　　　　　　　　　　　　　　)　(　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | |
| 7.身体障害はありますか？ | | | | □なし　・　□ある |
| あると答えた方　部位は？  □聴力　・　□視力　・　□運動　・　□その他：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 8.主治医（かかりつけ医）はいらっしゃいますか？ | | | | □いない・　□いる |
| いると答えた方  病院・医院名 |  | | | |
| 医師名(解る範囲でお名前も) |  | | | |
| 9.今までの最高体重は？ | | | | （　　　　）kg/（　　　　）歳 |
| 10.女性のみ：妊娠中毒症になったことは？ | | | | □ない　・　□ある |
| 11.女性のみ・妊娠糖尿病になったことは？ | | | | □ない　・　□ある |
| 12.女性のみ・巨大児を分娩したことは？ | | | | □ない　・　□ある |
| 13.女性のみ・閉経 | | | | □まだ・　□した（　　　　　）歳 |
| **【ご家族既往歴(ご家族の病気)】**※□にレ印　又は塗りつぶし下さい。  　　　記入箇所は記入下さい。 | | | | |
| 1.高血圧 | | □父　・　□母　・　□兄弟 | | |
| 2.高脂血症(肥満症) | | □父　・　□母　・　□兄弟 | | |
| 3.糖尿病 | | □父　・　□母　・　□兄弟 | | |
| 4.痛風 | | □父　・　□母　・　□兄弟 | | |
| 5.腎臓病 | | □父　・　□母　・　□兄弟 | | |
| 6.肝臓病 | | □父　・　□母　・　□兄弟 | | |
| 7.ぜんそく | | □父　・　□母　・　□兄弟 | | |
| 8.血液病 | | □父　・　□母　・　□兄弟 | | |
| 9.結核 | | □父　・　□母　・　□兄弟 | | |
| 10. 狭心症/心筋梗塞 | | □父　・　□母　・　□兄弟 | | |
| 11.脳卒中（脳血栓・脳出血・クモ膜下出血） | | □父　・　□母　・　□兄弟 | | |
| 12.頭痛 | | □父　・　□母　・　□兄弟 | | |
| 13.うつ病 | | □父　・　□母　・　□兄弟 | | |
| 14.癌 | | | | |
| □父　・　□母　・　□兄弟 | | 部位： | | |
| □父　・　□母　・　□兄弟 | | 部位： | | |
| □父　・　□母　・　□兄弟 | | 部位： | | |
| 15.その他 | | | | |
| □父　・　□母　・　□兄弟 | | 病名： | | |
| □父　・　□母　・　□兄弟 | | 病名： | | |
| □父　・　□母　・　□兄弟 | | 病名： | | |

医学監修・データ管理者

一般社団法人 ３ｒｄ Opinion Center

代表理事・医師・医学博士

下地　恒毅