

問 診 票

お名前	ふりがな	性別 (○印)	男・女	結婚歴 (○印)	未婚 既婚
ご住所	〒 - TEL: _____ () E-mail: _____				
ご生年月日 (西暦)	年 月 日	血液型 (○印)	A・B・O・AB	RH (○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？	<input type="checkbox"/> 1食 ・ <input type="checkbox"/> 2食 ・ <input type="checkbox"/> 3食 ・ <input type="checkbox"/> 4食				
2.食事を摂る速度は速いほうですか？	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 遅い				
3.朝食を抜く事が週3回以上ありますか？	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ				
4.外食が多いですか？	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> たまには				
5.食事は規則的ですか？	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ				
6.過食はありますか？	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> たまには				
7.間食はとりますか？	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> たまには				
8.油っぽい料理は多いですか？	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> たまには				
9.野菜はキッチリ摂るようにしていますか？	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> 毎日 ・ <input type="checkbox"/> 1~2日 ・ <input type="checkbox"/> 3~4日 ・ <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない ・ <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 1合未満 ・ <input type="checkbox"/> 1~2合 ・ <input type="checkbox"/> 2~3合 ・ <input type="checkbox"/> 3合以上				
13.たばこを吸いますか？	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> 禁煙した				
はいと答えた方	1日に <input type="checkbox"/> 10本未満 ・ <input type="checkbox"/> 20本未満 ・ <input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ				
15. 20歳の時の体重から10kg以上増加していますか？	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ				
16.この1年間で体重の増減が±3kg以上ありますか？	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> 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えますか？	<input type="checkbox"/> 既に取り組んでいる <input type="checkbox"/> 取り組む予定				

【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	<input type="checkbox"/> 0 ・ <input type="checkbox"/> 1 ・ <input type="checkbox"/> 2 ・ <input type="checkbox"/> 3 ・ <input type="checkbox"/> 4
32.汗がたくさん出る	<input type="checkbox"/> 0 ・ <input type="checkbox"/> 1 ・ <input type="checkbox"/> 2 ・ <input type="checkbox"/> 3 ・ <input type="checkbox"/> 4
33.暑さに弱い	<input type="checkbox"/> 0 ・ <input type="checkbox"/> 1 ・ <input type="checkbox"/> 2 ・ <input type="checkbox"/> 3 ・ <input type="checkbox"/> 4
34.体が火照る	<input type="checkbox"/> 0 ・ <input type="checkbox"/> 1 ・ <input type="checkbox"/> 2 ・ <input type="checkbox"/> 3 ・ <input type="checkbox"/> 4
35.体のだるさがある	<input type="checkbox"/> 0 ・ <input type="checkbox"/> 1 ・ <input type="checkbox"/> 2 ・ <input type="checkbox"/> 3 ・ <input type="checkbox"/> 4
36.細かな作業が行えない	<input type="checkbox"/> 0 ・ <input type="checkbox"/> 1 ・ <input type="checkbox"/> 2 ・ <input type="checkbox"/> 3 ・ <input type="checkbox"/> 4
37.寒さに弱い	<input type="checkbox"/> 0 ・ <input type="checkbox"/> 1 ・ <input type="checkbox"/> 2 ・ <input type="checkbox"/> 3 ・ <input type="checkbox"/> 4
38.体重が増えてきた	<input type="checkbox"/> 0 ・ <input type="checkbox"/> 1 ・ <input type="checkbox"/> 2 ・ <input type="checkbox"/> 3 ・ <input type="checkbox"/> 4
39.体重が減ってきた	<input type="checkbox"/> 0 ・ <input type="checkbox"/> 1 ・ <input type="checkbox"/> 2 ・ <input type="checkbox"/> 3 ・ <input type="checkbox"/> 4
40.冷え性である	<input type="checkbox"/> 0 ・ <input type="checkbox"/> 1 ・ <input type="checkbox"/> 2 ・ <input type="checkbox"/> 3 ・ <input type="checkbox"/> 4
41.皮膚病が治らない	<input type="checkbox"/> 0 ・ <input type="checkbox"/> 1 ・ <input type="checkbox"/> 2 ・ <input type="checkbox"/> 3 ・ <input type="checkbox"/> 4
42.朝起きられない	<input type="checkbox"/> 0 ・ <input type="checkbox"/> 1 ・ <input type="checkbox"/> 2 ・ <input type="checkbox"/> 3 ・ <input type="checkbox"/> 4
43.気が沈んだり気が重くなる事がある	<input type="checkbox"/> 0 ・ <input type="checkbox"/> 1 ・ <input type="checkbox"/> 2 ・ <input type="checkbox"/> 3 ・ <input type="checkbox"/> 4
44.休養がとれない	<input type="checkbox"/> 0 ・ <input type="checkbox"/> 1 ・ <input type="checkbox"/> 2 ・ <input type="checkbox"/> 3 ・ <input type="checkbox"/> 4
45.早朝に目が覚めて、その後眠れない	<input type="checkbox"/> 0 ・ <input type="checkbox"/> 1 ・ <input type="checkbox"/> 2 ・ <input type="checkbox"/> 3 ・ <input type="checkbox"/> 4
46.だるい・疲労しやすい	<input type="checkbox"/> 0 ・ <input type="checkbox"/> 1 ・ <input type="checkbox"/> 2 ・ <input type="checkbox"/> 3 ・ <input type="checkbox"/> 4
47.テレビなどを観ても楽しくない	<input type="checkbox"/> 0 ・ <input type="checkbox"/> 1 ・ <input type="checkbox"/> 2 ・ <input type="checkbox"/> 3 ・ <input type="checkbox"/> 4
48.なにををするにもおっくうだ	<input type="checkbox"/> 0 ・ <input type="checkbox"/> 1 ・ <input type="checkbox"/> 2 ・ <input type="checkbox"/> 3 ・ <input type="checkbox"/> 4
49.日中眠い	<input type="checkbox"/> 0 ・ <input type="checkbox"/> 1 ・ <input type="checkbox"/> 2 ・ <input type="checkbox"/> 3 ・ <input type="checkbox"/> 4
50.眠りににつけない	<input type="checkbox"/> 0 ・ <input type="checkbox"/> 1 ・ <input type="checkbox"/> 2 ・ <input type="checkbox"/> 3 ・ <input type="checkbox"/> 4
51.眠りの途中で目が覚める	<input type="checkbox"/> 0 ・ <input type="checkbox"/> 1 ・ <input type="checkbox"/> 2 ・ <input type="checkbox"/> 3 ・ <input type="checkbox"/> 4
52.尿漏れがある	<input type="checkbox"/> 0 ・ <input type="checkbox"/> 1 ・ <input type="checkbox"/> 2 ・ <input type="checkbox"/> 3 ・ <input type="checkbox"/> 4
53.女性: 月経が無い	<input type="checkbox"/> 0 ・ <input type="checkbox"/> 1 ・ <input type="checkbox"/> 2 ・ <input type="checkbox"/> 3 ・ <input type="checkbox"/> 4
54.女性: 月経が不順	<input type="checkbox"/> 0 ・ <input type="checkbox"/> 1 ・ <input type="checkbox"/> 2 ・ <input type="checkbox"/> 3 ・ <input type="checkbox"/> 4
55.女性: 月経の痛みが強い	<input type="checkbox"/> 0 ・ <input type="checkbox"/> 1 ・ <input type="checkbox"/> 2 ・ <input type="checkbox"/> 3 ・ <input type="checkbox"/> 4
56.女性: 月経量が多い	<input type="checkbox"/> 0 ・ <input type="checkbox"/> 1 ・ <input type="checkbox"/> 2 ・ <input type="checkbox"/> 3 ・ <input type="checkbox"/> 4
57.鼻づまりがある	<input type="checkbox"/> 0 ・ <input type="checkbox"/> 1 ・ <input type="checkbox"/> 2 ・ <input type="checkbox"/> 3 ・ <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> 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がありますか？		□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 又は塗りつぶして下さい。		
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	<input type="checkbox"/> 父 ・ <input type="checkbox"/> 母 ・ <input type="checkbox"/> 兄弟
4.痛風	<input type="checkbox"/> 父 ・ <input type="checkbox"/> 母 ・ <input type="checkbox"/> 兄弟
5.腎臓病	<input type="checkbox"/> 父 ・ <input type="checkbox"/> 母 ・ <input type="checkbox"/> 兄弟
6.肝臓病	<input type="checkbox"/> 父 ・ <input type="checkbox"/> 母 ・ <input type="checkbox"/> 兄弟
7.ぜんそく	<input type="checkbox"/> 父 ・ <input type="checkbox"/> 母 ・ <input type="checkbox"/> 兄弟
8.血液病	<input type="checkbox"/> 父 ・ <input type="checkbox"/> 母 ・ <input type="checkbox"/> 兄弟
9.結核	<input type="checkbox"/> 父 ・ <input type="checkbox"/> 母 ・ <input type="checkbox"/> 兄弟
10. 狭心症/心筋梗塞	<input type="checkbox"/> 父 ・ <input type="checkbox"/> 母 ・ <input type="checkbox"/> 兄弟
11.脳卒中(脳血栓・脳出血・クモ膜下出血)	<input type="checkbox"/> 父 ・ <input type="checkbox"/> 母 ・ <input type="checkbox"/> 兄弟
12.頭痛	<input type="checkbox"/> 父 ・ <input type="checkbox"/> 母 ・ <input type="checkbox"/> 兄弟
13.うつ病	<input type="checkbox"/> 父 ・ <input type="checkbox"/> 母 ・ <input type="checkbox"/> 兄弟
14.癌	
<input type="checkbox"/> 父 ・ <input type="checkbox"/> 母 ・ <input type="checkbox"/> 兄弟	部位:
<input type="checkbox"/> 父 ・ <input type="checkbox"/> 母 ・ <input type="checkbox"/> 兄弟	部位:
<input type="checkbox"/> 父 ・ <input type="checkbox"/> 母 ・ <input type="checkbox"/> 兄弟	部位:
15.その他	
<input type="checkbox"/> 父 ・ <input type="checkbox"/> 母 ・ <input type="checkbox"/> 兄弟	病名:
<input type="checkbox"/> 父 ・ <input type="checkbox"/> 母 ・ <input type="checkbox"/> 兄弟	病名:
<input type="checkbox"/> 父 ・ <input type="checkbox"/> 母 ・ <input type="checkbox"/> 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