人間ドック問診表

H　年　月　日

お名前　　様　　生年月日　S・H　年　月　日

該当箇所すべてに　を付けてください。

(1)次の自覚症状はありますか

□ 特になし

□ せきやたんがよくでる　　□ 階段を昇るときの息切れ・動悸

□ 脈の乱れ　　□ 頭痛・めまい・ふらつき・耳鳴り

□ 便秘と下痢を繰り返す　　□ 便に血が混じることがある

□ 便の色が黒っぽい　　□ よくのどが渇き、お茶や水を飲む

□ 顔・足がよくむくむ　　□ 夜何度もトイレに起きる(　　回)

□ 排尿時痛みがある　　□ その他

(2) 人間ドックについて希望がありますか

(　　)

(3) 次のA～Lの病気にかかった事がありますか

□ いいえ

□ はい（A・B ・C・D・E・F・G・H・I・J・K・L）

いつ頃ですか。　(　)(　　頃)・□ 現在も治療中。
(　)(　　頃)・□ 現在も治療中。
(　)(　　頃)・□ 現在も治療中。
※例 (A)(　40歳 頃)・　現在も治療中。

A，心臓病　　B，脳卒中　　C，高血圧　　D，糖尿病

E，腎臓病　　F，貧血　　G，肝臓病　　H，高脂血症

I，胃・十二指腸潰瘍　　J,婦人科系疾患　　L,その他

(4) 現在内服・吸入・貼布している薬はありますか

□ いいえ　　□ はい：どんなお薬ですか
(　　)

(5) 手術を受けたことがありますか

□ いいえ　　□ はい
①　　年 ・ 病名(　　)
②　　年 ・ 病名(　　)

(6) 輸血された事はありますか

□ いいえ　　□ はい（　　年　　月）

(7) 下記のなかに、ご両親・ご兄弟・姉妹がかかられた病気はありますか

□ 心臓病（　）　　□ 脳卒中（　）　　□ 高血圧（　）

□ 糖尿病（　）　　□ 結核（　）　　□ 癌（　）
※例　高血圧（父）

(8) タバコはすいますか

□ もともと吸わない　　□ やめた（　　年前）

□ 吸う（1日平均　本×　年間）

(9) お酒は飲みますか

□もともと飲まない　　□やめた　　□時々

□週に1～4日　□毎日　　(種類　　)

(10) 運動(歩行を含め30分以上)は

□ 特にしていない　□ 週に1日以下　□ 週に2～4日　□ 毎日

(11) 1日の平均睡眠時間は

□ 6時間未満　□ 6～9時間未満　□ 9時間以上