

問診票(人間ドック・健康診断)

保険証	
記号	
番号	
保険者番号	
本人/家族	本・家

千葉県済生会習志野病院健診センター

以下の質問事項は、診断のために重要な情報です。

ご不明な点につきましては、わかる範囲でご記入の上、受診時に当センター職員におたずねください。

受診予定日 1900年1月0日 (土)	
氏名 フリガナ	未婚・既婚 西暦 年 月 日生 (満 歳) 血液型 : A・B・O・AB・不明
住所 ☎	
勤務先名	職種
勤務先住所 〒 ☎	
当センター受診 : 初めて・2回目以上	紹介者(医) :
かかりつけまたは治療中の医師 病院(医院)名 : 医師名 :	当院への外来受診・入院 : あり・なし ペースメーカーを使っている はい いいえ

1. あなたは薬剤を常用していますか。どちらかを○で囲んで下さい。

- ・常用していない
- ・常用している

常用薬名 : []

主治医または薬局から提供されているお薬に関する情報のコピーを必ず提出してください。コピーは返却致しません。情報がない場合以下に○をつけてください。

糖尿病薬・痛風の薬・高脂血症の薬・睡眠剤・精神安定剤・鬱(うつ)病の薬・てんかんの薬・利尿剤・不整脈の薬・
高血圧の薬・喘息の薬・胃十二指腸潰瘍の薬・肝臓の薬・甲状腺の薬・リウマチの薬・貧血の薬・副腎皮質ホルモン剤・
漢方薬・抗凝固剤・男性型脱毛症治療薬プロペシア(PSA検査を受ける方へ)
その他()

2. 下記の当てはまるものに○を囲んで下さい。

- ・アレルギーはありますか 有・無 (食べ物: 薬: その他:)

3. これまでにかかった病名を○で囲んでください。現在治療中なら「治療中」を○で囲み、手術を受けていれば受けた年齢を記入してください。

狭心症	治療中	経過観察	手術(歳)	関節リウマチ	治療中	経過観察	手術(歳)
心筋梗塞	治療中	経過観察	手術(歳)	リウマチ熱	治療中	経過観察	
不整脈	治療中	経過観察	手術(歳)	その他の膠原病	治療中	経過観察	
先天性心疾患	治療中	経過観察	手術(歳)	甲状腺疾患	治療中	経過観察	手術(歳)
高血圧	治療中	経過観察		バセドウ病	治療中	経過観察	手術(歳)
肺炎	治療中	経過観察		糖尿病	治療中	経過観察	
慢性気管支炎	治療中	経過観察		高脂血症	治療中	経過観察	
気胸	治療中	経過観察	手術(歳)	痛風	治療中	経過観察	手術(歳)
胸膜炎(肋膜炎)	治療中	経過観察	手術(歳)	貧血	治療中	経過観察	
気管支拡張症	治療中	経過観察		激しい鼻出血	治療中	経過観察	手術(歳)

(3. のつづき)

膿胸	治療中	経過観察	手術(歳)	脳梗塞	治療中	経過観察	手術(歳)
喘息	治療中	経過観察		脳出血	治療中	経過観察	手術(歳)
結核	治療中	経過観察	手術(歳)	パーキンソン病	治療中	経過観察	
黄疸	治療中	経過観察	手術(歳)	椎間板ヘルニア	治療中	経過観察	手術(歳)
食道静脈瘤	治療中	経過観察	手術(歳)	腰痛症	治療中	経過観察	手術(歳)
胃・十二指腸潰瘍	治療中	経過観察	手術(歳)	変形性関節症	治療中	経過観察	手術(歳)
慢性胃炎	治療中	経過観察		骨折(最近)	治療中	経過観察	手術(歳)
胃ポリープ	治療中	経過観察	手術(歳)	白内障	治療中	経過観察	手術(歳)
過敏性大腸炎	治療中	経過観察		緑内障	治療中	経過観察	手術(歳)
潰瘍性大腸炎	治療中	経過観察	手術(歳)	眼底出血	治療中	経過観察	手術(歳)
大腸ポリープ	治療中	経過観察	手術(歳)	網膜剥離	治療中	経過観察	手術(歳)
痔	治療中	経過観察	手術(歳)	胃がん	治療中	経過観察	手術(歳)
B型肝炎	治療中	経過観察		肺がん	治療中	経過観察	手術(歳)
C型肝炎	治療中	経過観察		大腸がん	治療中	経過観察	手術(歳)
慢性肝炎	治療中	経過観察		子宮がん	治療中	経過観察	手術(歳)
肝硬変	治療中	経過観察		乳がん	治療中	経過観察	手術(歳)
アルコール性肝障害	治療中	経過観察		前立腺がん	治療中	経過観察	手術(歳)
胆のう炎	治療中	経過観察	手術(歳)	子宮筋腫	治療中	経過観察	手術(歳)
胆石症	治療中	経過観察	手術(歳)	子宮内膜症	治療中	経過観察	手術(歳)
膵炎	治療中	経過観察	手術(歳)	卵巣のう腫	治療中	経過観察	手術(歳)
腎炎	治療中	経過観察		その他	治療中	経過観察	手術(歳)
ネフローゼ	治療中	経過観察			治療中	経過観察	手術(歳)
前立腺肥大	治療中	経過観察	手術(歳)		治療中	経過観察	手術(歳)
腎・尿管結石	治療中	経過観察	手術(歳)		治療中	経過観察	手術(歳)

4. 次のような自覚症状があれば、番号に○をつけてください。

- | | |
|--------------------------------|---------------------|
| 1 胃の検査時に気分が悪くなったことがある | 33 関節が痛くなったことがある |
| 2 動悸がする | 34 関節が変形している |
| 3 脈が乱れる、飛ぶ | 35 からだの一部が麻痺することがある |
| 4 息切れがする | 36 手や足に力がはいらぬ |
| 5 胸を締め付けられるような痛みがある | 37 上肢がしびれたことがある |
| 6 気を失ったことがある(1年以内) | 38 下肢がしびれたことがある |
| 7 食べ物がのどや胸につかえる | 39 手や指が白くなったことがある |
| 8 胸やけがする | 40 朝、指がこわばる(1時間程度) |
| 9 胃がもたれる | 41 指先が震える |
| 10 食後胃(上腹部)が痛む | 42 指先がしびれる |
| 11 空腹時に胃(上腹部)が痛む | 43 手がむくむ |
| 12 吐き気がしたり吐いたりする | 44 足がむくむ |
| 13 おなかがはる | 45 耳鳴りがする |
| 14 腹が激しく痛む(上腹部・下腹部・右側・左側、○で囲む) | 46 めまいがする |
| 15 おなかにしこりがある | 47 立ちくらみがする |
| 16 血を吐いたことがある | 48 頭が重くすっきりしない |
| 17 便秘気味(1週間以内) | 49 激しい頭痛を感じることもある |
| 18 激しい下痢をした(1週間以内) | 50 眠れない |
| 19 下痢をしやすい(最近半年位) | 51 化膿している傷がある |
| 20 下痢と便秘を繰り返す | 52 あざになりやすい |
| 21 排便時下腹部に痛みを感じる | 53 歯ぐきからよく出血する |
| 22 便に血が混じっていた(最近半年位) | 54 虫歯・歯槽膿漏を治療中である |
| 23 便が真っ黒いことがあった(最近半年位) | 55 乳房にしこりがある |
| 24 痔がある(肛門痛・出血・イボ痔) | 56 乳房に痛みがある |
| 25 咳が長く続く | 57 薬剤過敏症がある |
| 26 血痰が出たことがある(1年以内) | (薬剤名:) |
| 27 夜、トイレに3回以上起きる | 58 最近海外渡航した |
| 28 排尿に時間がかかる | (国名: 期間:) |
| 29 排尿時、痛みを感じる | 59 その他の自覚症状 |
| 30 尿に血が混じったことがある | |
| 31 残尿感がある | |
| 32 関節が腫れたことがある | |

5. 血のつながった家族・親族(両親・兄弟・祖父母・叔父・叔母など3親等以内)の中に、次の病気にかかった人がいますか。あれば番号に○をつけてください。

	続柄		続柄		続柄
1	脳卒中	7	慢性肝炎	13	血液病
2	心臓病	8	肝硬変	14	慢性関節リウマチ
3	高血圧	9	腎臓病	15	がん
4	喘息	10	糖尿病	16	その他
5	結核	11	高脂血症		
6	胃・十二指腸潰瘍	12	貧血		

6. 喫煙と飲酒について、該当するものを○で囲んでください。

・喫煙

現在のタバコ本数	吸わない	1-10本	11-20本	21-30本	31本以上
喫煙年数	10年未満	10-19年	20-29年	30-39年	40年以上
禁煙した方	年前まで		本/日を	年間	

・飲酒

飲酒の頻度	全く飲まない	・機会があれば	・週1-3回	・週4-5回	・週6回	・毎日
1日平均摂取量(日本酒に換算して)	1合未満	・1-2合未満	・2-3合未満	・3合以上		

7. 昨年当センターまたは他院で精査を指示されている方にお尋ねします。

指示された医療機関名	検査の種類	精密検査を受けましたか	検査医療機関名	検査日	結果
		はい・いいえ			
		はい・いいえ			
		はい・いいえ			
		はい・いいえ			
		はい・いいえ			
		はい・いいえ			
		はい・いいえ			

8. 胃直接X線検査(胃バリウム)、胃内視鏡検査(胃カメラ)を受ける方は、該当するものを○で囲んでください。

1	以前にこの検査を受け、気分が悪くなったりしたことがある	はい	いいえ	初めて
2	緑内障(眼圧が高い)と診断されたことがある	はい	いいえ	
3	尿が出にくい	はい	いいえ	
4	前立腺肥大を指摘されたことがある	はい	いいえ	
5	妊娠または妊娠している可能性がある	はい	いいえ	
6	授乳していますか	はい	いいえ	
7	血を固まりにくくする薬を飲んでいる 薬名がわかれば○で囲んでください: ワーファリン、バファリン81、バイアスピリン、パナルジン、プレタール、ドルナー、アンブラーグ その他()	はい	いいえ	

※ワーファリン服用中の方は基本的に病理組織検査は実施しません。ワーファリン以外の抗血検薬を服用中で病理組織検査を実施する場合は出血のリスクが高くなるため、検査後の出血、黒色便に注意して下さい。

※経鼻内視鏡を経口に変更する場合があります。

8	心筋梗塞、狭心症、または不整脈といわれたことがある	はい	いいえ
9	輸血を受けたことがある	はい	いいえ
10	肝炎にかかったことがある	はい	いいえ
11	ピロリ菌が陽性だと言われたことがある	はい	いいえ
12	過去にヘリコバクター・ピロリ菌の除去治療を受けたことがある	はい	いいえ

記入日	西暦	年	月	日
受診者ご署名:				

受診者の方は記入しないでください

ブスコパン注射	可・不可	医師サイン:
---------	------	--------