

【問診表】

フリガナ

氏名 _____ 性別 男・女 生年月日 S・H _____ 年 月 日

住所 〒 _____ □

電話番号 _____ メールアドレス _____ □

I.あなたが今までかかった病気があれば○で囲んで下さい。

- 1.特になし
- 2.高血圧症 3.糖尿病 4.高脂血症 5.心臓病（狭心症・心筋梗塞・不整脈 他 _____）
- 6.腎臓病 7.肝臓病 8.胆石症もしくは胆嚢炎 9.痛風もしくは高尿酸血症
- 10.痔 11.貧血 12.胃潰瘍 13.十二指腸潰瘍 14.慢性胃炎
- 15.甲状腺機能亢進症・低下症 16.その他の病気（ _____ ）

II.上記で現在治療中のものがあれば番号を記入して下さい。

- （ _____ ） 内服中の薬 （ _____ ）

III.次の質問のうち該当する方に○をつけて下さい。

- 1.食事は3食きちんと食べていますか？ はい・いいえ
- 2.食欲はありますか？ はい・いいえ
- 3.野菜や果物を毎日食べますか？ はい・いいえ
- 4.好き嫌いが多い方ですか？ はい・いいえ
- 5.塩辛いものが好きですか？ はい・いいえ
- 6.食事を食べるのは早い方ですか？ はい・いいえ
- 7.お酒は飲みますか？ はい・いいえ
- 飲まれる方に _____ 週（ _____ ）回
- 種類（ビール・焼酎・日本酒 他 _____）
- どれ位
- （ _____ ）ml
- 8.タバコは吸いますか？ はい・いいえ
- 吸われる方に _____ 1日（ _____ ）本
- 過去に吸っていた方に _____ （ _____ ）年前に禁煙
- 9.便通は規則正しいですか？ はい・いいえ
- 10.黒い便が出ることがありますか？ はい・いいえ
- 11.便秘をしますか？ はい・いいえ
- 12.下痢をしますか？ はい・いいえ
- 13.血の混じった便がでますか？ はい・いいえ
- 14.血圧を測定したことがありますか？ はい・いいえ
- 測定された方に どうでしたか？ 高い・普通・低い
- 15.胸や背中に痛みや重苦しさを感じますか？ はい・いいえ

16. 激しい運動をしていないのに動悸や息切れを感じることはありますか？ はい・いいえ
17. 手足や顔がむくんだことがありますか？ はい・いいえ
18. よく咳がでますか？ はい・いいえ
19. よく痰がでますか？ はい・いいえ
20. 日中眠さやだるさがありますか？ はい・いいえ
21. ここ半年で大きな体重変動がありますか
-変動がある方は ()kg 増加・減少
22. いろいろしたり、何か不安を感じることはありますか？ はい・いいえ
23. よく夜中にトイレに行きますか？ はい・いいえ

IV. 女性の方のみお答えください。

- ・現在妊娠していますか？ はい・いいえ

V. 上記質問のほかに、どこか体に不安なところがありましたら詳しく記入して下さい。

VI. 本日はどのような検査をご希望ですか？チェックをお願いします。

- 4200 円の基本検査
- 8900 円の検査（4200 円の基本検査+血液検査+心電図）
- オプションの検査
- 心臓エコー 腹部エコー 頸動脈エコー
- 肝炎検査 糖尿病検査
- 肺機能検査（スパイロメーター）
- 腫瘍マーカー検査
- 脈波検査 骨密度検査
- ホルター心電図 睡眠時ポリグラフ検査
- 24 時間血圧測定機器

有難うございました。書き終わりましたら、受付へお出し下さい。