

千葉白井病院 健康診断事前問診票

カルテNo. _____

住所	〒 -	受診日	
		コース	
ふりがな		生年月日	性別
氏名		大・昭・平 年 月 日	男・女

下記にご記入願います。

既往歴・現病歴について

該当の口にチェック をご記入下さい。(複数回答可)

特になし <input type="checkbox"/>	既往	治療中
1 高血圧症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 脂質異常症(高脂血症)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 肺疾患: 肺結核・慢性閉塞性肺疾患(COPD)・その他()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 心疾患: 心筋梗塞・狭心症・不整脈・その他()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 腎・泌尿器科疾患: 腎炎・尿管結石・前立腺肥大・その他()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 肝疾患: 肝炎(型)・脂肪肝・その他()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 整形外科疾患: ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 血液疾患 : 貧血・白血病・その他()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 耳鼻科疾患: 難聴・その他()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 眼科疾患 : 緑内障・白内障・その他()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 その他 : ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

現在服薬しているお薬の名前を下記の空欄にご記入下さい。

自覚症状について

該当の口にチェック をご記入下さい。(複数回答可)

特になし <input type="checkbox"/>		
1. <input type="checkbox"/> 胸痛がする	6. <input type="checkbox"/> 耳鳴りがある	11. <input type="checkbox"/> 咳・痰が持続する
2. <input type="checkbox"/> 動悸がする	7. <input type="checkbox"/> 腹痛がある	12. <input type="checkbox"/> 腰痛がある
3. <input type="checkbox"/> 息切れがある	8. <input type="checkbox"/> 便秘がある	13. <input type="checkbox"/> 関節痛がある
4. <input type="checkbox"/> めまいがある	9. <input type="checkbox"/> 下痢がある	14. <input type="checkbox"/> 尿が出にくい
5. <input type="checkbox"/> 頭痛がある	10. <input type="checkbox"/> 便が黒い 便が赤い	15. <input type="checkbox"/> 尿の回数が多い
		16. <input type="checkbox"/> やせてきた
		17. <input type="checkbox"/> つかれやすい
		18. <input type="checkbox"/> 眠れない
		19. <input type="checkbox"/> 食欲がない

女性の方へ

該当の口にチェック をご記入下さい。(複数回答可)

1. <input type="checkbox"/> 妊娠している	4. <input type="checkbox"/> 乳房にしこりがある	7. <input type="checkbox"/> 不正出血がある
2. <input type="checkbox"/> 現在月経中	5. <input type="checkbox"/> 閉経している	8. <input type="checkbox"/> おりものに血が混じる
3. <input type="checkbox"/> 月経不順がある	6. <input type="checkbox"/> 月経痛がひどい	9. <input type="checkbox"/> おりものが多い

生活習慣について

該当の口にチェック をご記入下さい。

1. 現在たばこを習慣的に吸っている 1. はい 2. いいえ
(1日の本数 本・喫煙年数 約 年)
2. 20歳の時の体重から10kg以上増加している 1. はい 2. いいえ
3. 日常生活において、歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施している 1. はい 2. いいえ
4. お酒を飲む頻度と種類 1. 毎日 2. 時々
 3. ほとんど飲まない
 ビール 日本酒 焼酎 ウィスキー ワイン その他 ()
5. 飲酒日の1日当たりの飲酒量 1合未満 1～2合
 2～3合 3合以上
6. 睡眠で十分休養がとれている 1. はい 2. いいえ
7. ご家族（父母、兄弟姉妹、祖父母）に以下の疾患にかかった方がいる場合は、該当するものに○をしてください

	脳疾患	糖尿病	高血圧	脂質異常	肝臓病	癌	結核	心臓病	アレルギー	喘息	その他の病気
父											
母											
兄弟姉妹											
祖父母											

お体でご相談したい事がありましたら、自由にご記入下さい。

検査に関する注意事項

- 受診前日の夕食は、21：00までにお済ませ下さい。その際の飲酒は避けて下さい。
- 検査当日の朝食は抜いて下さい。少量の水とお茶のみ飲んで結構です。
- 尿検査がありますので、健診直前の排尿は避けて下さい。
- 女性の方：月経期間中はなるべく避けて受診して下さい。
 ：妊娠の可能性がある方は、必ずお申し出ください。
- 視力検査：矯正視力の方はメガネ又はコンタクトを必ず持参して下さい。
- 体温が37.0℃以上ある場合は受診出来ない場合があります。ご自宅で体温測定して確認して下さい。
- マスクを着用の上ご受診下さい。(各自用意)



千葉白井病院