

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 | _____ |
| 氏名 | _____ | 大・昭・平 年 月 日 | 性別 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

- 前日の夕食は、受診日の前日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。
- 人間ドック当日は朝食を抜いて下さい。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。
- 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。



千葉白井病院

〒270-1422 千葉県白井市復1439-2 TEL 047-497-6800 FAX 047-497-6801

]

]

]

]

