

# 人間ドック問診票

受診する日	平成 年 月 日	性別	男・女	氏名	様
-------	----------	----	-----	----	---

この調査は、あなたの健康をまもり生活を明るくするためのものです。絶対に他にもらすことは、ありません。何でも正直に記入して下さい。

## A - 1 既往症

下にあてはまる病名で、あなたが今までかかったことのあるものがあれば番号を で囲んでください。

1. 心臓病 2. 高血圧 3. 結核 4. その他の呼吸器疾患 5. 腎臓病 6. 肝臓病 7. 胆石症又は胆のう炎 8. 糖尿病 9. 痔  
10. 婦人科の病気 11. リウマチ及び神経痛 12. 皮フ炎 13. 貧血 14. 胃潰瘍 15. 十二指腸潰瘍 16. 慢性胃炎 17. 胃下垂  
18. その他の病気( )

## A - 2 現 症

あなたが現在かかっている病気がありましたら下記に記入してください。

1. 病気はありません。  
2. 病気があります。 病名( )

## A - 3 食生活

次の質問について該当する事項を で囲んでください。

食事は、3食きちんと食べますか？	はい・いいえ
食事は、せわしく食べるほうですか？	はい・いいえ
偏食がありますか？	はい・いいえ
塩辛いものが好きですか？	はい・少し・いいえ
野菜・果物を毎日食べますか？	はい・時々・いいえ
タバコを吸いますか？	はい(1日 本位)・時々・いいえ
酒を飲みますか？	はい(1日/日本酒 合・ビール 本ウイスキー cc) 時々・いいえ
酒を飲むときおかずを食べますか？	はい・少し・いいえ
毎日コーヒー・紅茶を飲みますか？	はい(1日/コーヒー 杯・紅茶 杯)・いいえ

## A - 4 消化器関係

次の質問について該当する事項を で囲んでください。

食欲はありますか？	はい・普通・いいえ
食後おなかがはったり胃の具合が悪くなることがありますか？	はい・時々・いいえ
食後げっぷがでますか？	はい・時々・いいえ
胸やけがありますか？	はい・時々・いいえ
はきけがあったり、はいたりすることがありますか？	はい・時々・いいえ
便通は、規則正しいですか？	はい・いいえ
便秘をしますか？	はい・時々・いいえ
下痢をしますか？	はい・時々・いいえ
血のまじった便のことがありますか？	はい・時々・いいえ
黒い便が出ることがありますか？	はい・時々・いいえ
おなかが痛むことがありますか？	はい・時々・いいえ

## A - 5 呼吸器・循環器関係

次の質問について該当する事項を で囲んでください。

血圧をはかったことがありますか？ (はい)と答えた人は次に答えて下さい。	はい・いいえ 高い・普通・低い
胸や背中に痛みや重苦しい感じがありますか？	はい・いいえ
のどがつまるような感じがありますか？	はい・時々・いいえ
激しい運動をしていないのに動悸・息切れのすることがありますか？	はい・時々・いいえ
手・足・顔がむくんだことがありますか？	はい・時々・いいえ
よく夜中に排尿に起きますか？	はい・時々・いいえ
かぜにかかりやすいですか？	はい・いいえ
かぜをひくとこじれて長びきやすいですか？	はい・時々・いいえ
のどが痛んだり扁桃腺がはれることがありますか？	はい・時々・いいえ
よく咳がでますか？	はい・いいえ
よく痰がでますか？	はい・いいえ
微熱がでることがありますか？	はい・時々・いいえ
寝汗をかくことがありますか？	はい・時々・いいえ
頭が重かったり痛んだりしますか？	はい・時々・いいえ
めまいがしますか？	はい・時々・いいえ
耳鳴りがしますか？	はい・時々・いいえ
いらいらしたり、何か不安を感じるがありますか？	はい・時々・いいえ

上記質問の他に、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。