

大里クリニック 健康診断 問診票

名前： _____ 生年月日： _____ Date： _____

この用紙は、健康診断にあたり医師があなたの健康状態をより良く把握する為のものです。
ご記入の上、受付にお持ち下さい。

1、現在服用している薬の名前（処方薬、市販薬、ビタミン剤、サプリメントなど含む）

2、薬や注射でアレルギー反応を起こしたことがありますか？ ・はい ・いいえ
はいに○をつけた方は、薬名や反応など詳しくご記入下さい。

3、既往歴をすべてご記入下さい（慢性病、入院歴、手術、その他）

4、家族の既往歴（家族の高血圧、心疾患、癌、脳血管障害、糖尿病、遺伝病、先天性疾患、
精神疾患、その他）特に**癌や心疾患の場合は、その診断された年齢もご記入下さい。**

5、職業

6、タバコ ・吸わない ・吸う（ 本 / 日程度） ・以前は吸っていたが今は止めている

7、アルコール ・飲まない ・飲む（ / 日程度） ・ときどき飲む（ / 日程度）

8、カフェイン ・飲まない ・飲む（ 杯 / 日程度）

9、運動 ・していない ・している（どの程度 ）（種類 ）

10、女性の方はご記入下さい。 最終月経の開始日（ ）

閉経になった年齢（ 歳）

妊娠の有無 ・はい（ 週目） ・いいえ ・わからない

11、以下の中で該当するものがありましたら、「□」に印を付けて下さい。

Fever 熱がある

Blurry vision 視界がぼやける

Unintended weight loss
体重が減少している（ダイエット以外）

Change in vision 視力が落ちた

Chills 寒気がある

Ear pain 耳が痛い

Rash 湿疹がある

Trouble hearing
耳が聞こえにくくなることもある

New or changing moles
最近新しくほくろができた、古いほくろが
変化してきた

Nasal congestion 鼻づまり

Nasal discharge 鼻水が出る

- Nose bleeds 鼻血
- Sore throat のどが痛い
- Trouble swallowing
嚥下困難（飲み込みが悪い）
- Hoarse voice かれ声
- Pain in neck 首が痛い
- Swelling or lumps in neck
首にしこりがある
- Breast lump 胸にしこりがある
- Nipple discharge 乳首から分泌物が出る
- Shortness of breath 息が苦しい
- Coughing 咳が出る
- Wheezing ぜいぜいする
- Palpitations 動悸がある
- Chest pain 胸が痛い
- Swelling in your legs 足が腫れてる
- Passing out 気を失うことがある
- Pain in legs when walking 歩行時足が痛い
- Shortness of breath when you lie flat
横になると呼吸が苦しい
- Shortness of breath in the middle of the night
就寝時、呼吸が浅くなることもある
- Nausea 吐き気がある
- Vomiting 吐くことがある
- Diarrhea 下痢をしている
- Abdominal pain 腹痛がある
- Liver problems 肝機能障害がある
- Stomach ulcers or gastritis
潰瘍、胃炎がある
- Dark black tarry stools 黒色便が出る
- Bright red blood in your stools
下血することがある（便に鮮血が混じる事がある）
- Pain with urination 排尿時、痛みを感じる
- Frequent urination 頻尿
- Trouble urinating 排尿困難
- Decreased urinary stream
尿量が減少している
- Urinary incontinence
尿失禁することがある
- Vaginal bleeding after menopause
閉経後、膣からの出血がある
- Back pain 背中痛
- Muscle or joint pain 筋肉・関節痛
- Numbness しびれ
- Tingling うずく箇所がある
- Weakness 手足で弱いところがある
- Fatigue 疲れやすい
- Recent falls 最近転倒しやすい
- Depression うつ
- Anxiety 何か不安に感じることがある
- Excessive bruising 内出血しやすい
- Bleeding 出血
- Recurrent infections
最近、感染症にかかった
- Cold all the time 風邪をひきやすい
- Hot all the time
常にほてりや熱感がある

12、その他つけ加えたいことがありましたらご記入下さい。

ご記入ありがとうございました。診察の際、担当医師へさらに詳しくお話下さい。
ご記入いただいた内容は秘密厳守いたします。