

問診は、病気を見つけたり、その後の対策を考えるために大変重要な資料となります。病気の中には、健康診断や人間ドックで実施される検査項目では発見できず、自覚症状が唯一の発見端緒となるものもたくさんございます。その点をご理解頂き、記入漏れがございませぬようよろしくお願いいたします。

なお、お答えいただきました内容を当施設関係者以外に公表することはございません。皆様のプライバシー保護のため、細心の注意を払って処理させていただきます。

この枠内の項目にご記入ください	
フリガナ 氏 名	女 男
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ()才
住 所	〒
電話番号	()
e-mail a d d r e s s	
勤務先名(電話)	
受診歴	当健診センターで受診されたことがありますか 無 ・ 有 他健診施設を受診されたことがありますか 無 ・ 有 (施設名)

この枠内は記入しないでください		
月	日受診	受診番号
人間ドック・生活習慣病健診・法定健診・政府管掌一般健診		

高松メディカルクリニック三鷹健診センター

問 診 表

- ・質問表は健診結果に反映されますので、記入漏れのないようにして下さい。
- ・質問事項に該当する場合、回答欄の四角のますにHB鉛筆で斜線を引いてください。

記入例

氏 名	様	受診日	月	日	:	受診番号
-----	---	-----	---	---	---	------

【一般的事項】

1. 眼鏡やコンタクトを使う 2. タバコを吸う (1日平均 本)
3. 1日平均、日本酒1合以上のお酒を飲む
 [日本酒1合は焼酎0.6合(115cc) ビール大瓶1本(640cc)
 [ウイスキーダブル1杯(72cc)、グラスワイン2杯(205cc)に相当]
4. 最近疲れやすい 5. 最近急に体重が減った 6. 便に赤い血が混じる
7. ときどき食後に腹痛を感じる 8. ときどき飲酒後に腹痛を感じる
9. 動いたとき等よく息切れを感じる 10. 数分間続く重苦しい胸痛や圧迫感がある
11. 動いたとき等よく動悸(心臓のドキドキ)を感じる
12. 尿の量が多い(1日3,000cc以上) 13. よくノドが渴く
14. 赤い尿(肉眼で判るほどの血尿)が出る
15. ここ1年、視力が低下してきた 16. この1年、耳が聞こえにくくなった
17. 最近、血痰が出る 18. 最近、よくめまいや立ちくらみがする
19. 1992(平成4)年以前に輸血をした 20. 胃切除手術を受けた
21. 痛風発作(主に足の親指の痛み)の経験がある
22. 以前C型肝炎の治療をした(今はしていない)
23. 以前、胃X線検査前投注射薬(ブスコパン)で副作用が出たことがある
24. 現在、高松メディカルクリニックに通院、治療をしている

【現在、以下の病気を薬で治療している】

1. 緑内障(点眼薬も含む) 2. 貧血 3. 高血圧 4. 胃又は十二指腸潰瘍
5. 高尿酸血症 6. 糖尿病(境界型含む) 7. 高脂血症(コレステロール, 中性脂肪)
8. 前立腺疾患(肥大症、がん)

【現在、以下の病気で病院・医院に通院している】 (年1回の定期観察も含む)

1. 眼科疾患 2. 不整脈 3. 胃ガン 4. 脂肪肝 5. B型肝炎
6. C型肝炎 7. 肝硬変 8. 慢性(糸球体)腎炎 9. 腎不全: 腎機能障害
10. ネフローゼ 11. ペースメーカー使用中

【今まで、以下の病気で治療をしたことがある】 (治療中も含む)

1. 脳出血 2. 脳梗塞(一過性脳虚血発作も含め)
3. 狭心症(虚血性心疾患、冠動脈不全) 4. 心筋梗塞 5. 心不全
6. 大動脈解離: 大動脈瘤 7. 閉塞性動脈疾患(下肢等) 8. 腎又は尿路結石
9. 痔核: じ

【女性の方へ】

1. 現在生理がある(閉経や子宮摘出していない)
2. 今、生理中または終了後3日以内である
3. 過去半年以内に生理以外の性器出血があった

【以下の病気を患った血のつながった家族、親戚がいる】

1. 脳卒中(脳梗塞、脳出血) 2. 狭心症・心筋梗塞 3. 乳癌 4. 子宮癌
5. 胃癌

【ヘリコバクター・ピロリ菌について】

1. 胃十二指腸潰瘍や逆流性食道炎治療薬である胃酸分泌抑制薬プロトンポンプ阻害薬(タケプロン、オメプラール、オメプラゾン、パリエット、ネキシウム等)を2ヶ月前以内に服用した
2. ピロリ菌検査を受けたことがある (受けたことのない方は、3~5の質問は省略して下さい)
- 3-1. ある場合、その結果ピロリ菌はいた 3-2. いなかった 3-3. 不明
- 4-1. いた場合、除菌治療を受けた 4-2. 受けなかった 4-3. 不明
- 5-1. 除菌治療を受けた場合、菌は消えた 5-2. 消えなかった 5-3. 不明

【その他病気等、気になることは詳しく下記の空欄へご記入ください】

全問該当なし