

《济生会病院共通問診票》

受診日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
フリガナ _____ 性別 男・女 年齢 _____ 歳
氏名 _____ 生年月日 昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日
会社名 _____
会社電話 _____ (_____) _____
自宅住所 _____ 〒 _____ - _____
自宅電話 _____ (_____) _____
保健者証 記号 _____ 番号 _____
注) 氏名は健康保険者証に記載されている通りにご記入ください

◆以下の項目について、○印またはご記入ください

1 既往歴について: 今までに大病をしたことがありますか? (ない・ある)

「ある」に○印をした方は、下記にご記入ください

・手術	[病名]	_____	歳頃
・入院	[病名]	_____	歳頃
・その他の病気	[病名]	_____	歳頃

2 現在、治療中の病気がありますか? (ない・ある)

「ある」に○印をした方は、下記にご記入ください

3 自覚症状について

現在、下記の症状がある方は、番号に○印をお付けください。

- | | | | | |
|-------------------|-------------------|---------------------|---------------|----------|
| 1. 動悸 | 2. 階段で息切れ | 3. めまい | きやたんが出る | 5. 食欲がない |
| 6. 吐き気がする | 7. よくげっぷが出る | 8. 胸やけをする | 9. 吐血をしたことがある | |
| 10. 腹痛がある(食後・空腹時) | 11. 腹部の膨満感・不快感がある | 12. 体重減少 | | |
| 13. 口が渇く | 14. 手足のしびれ | 15. 身体のどこかにこりや痛みがある | | |
| 16. 黒い便が出る | 17. 便に血が混じる | | | |

4 その他、現在ご心配の点などありますか? (ない・ある)

「ある」に○印をした方は、下記にご記入ください。

5 家族について

親兄弟・姉妹で下記の病気にかかった方があれば番号に○印を付け()内に続柄をご記入ください。

- | | | |
|-----------|-----------|----------|
| 1. 結核() | 2. 高血圧() | 3. がん() |
| 4. 糖尿病() | 5. 腎臓病() | |
| 6. その他[病名 | | () |

※ 女性の方は必ずお答えください

該当する欄の[]内に○印をお付けください

- | | |
|---------------|-----|
| ・現在、妊娠している | [] |
| ・現在、妊娠の可能性がある | [] |
| ・現在、妊娠していない | [] |

注) レントゲン撮影は妊娠中の方、その可能性のある方は実施できません

⇒裏面へつづく

社会福祉法人 恩賜財団 **济生会**

21世紀の保健・医療・福祉をささえます

〒 108-0073 東京都港区三田 1-4-28 三田国際ビルディング21F

TEL: 03-3454-3311

FAX: 03-3454-5576

⇒表面からのつづき ◆以下の項目について、○印またはご記入ください

- | | | | |
|---|----------------------------|--|---|
| 6 現在、下記にあげるaからcの薬をふくようしていますか。 | | 18 就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上
ありますか？ | ・はい
・いいえ |
| a 血圧を下げる薬 | ・はい
・いいえ | 19 夕食後に間食(3食以外の夜食)をとることが
週に3回以上ありますか？ | ・はい
・いいえ |
| b インスリン注射または血糖を下げる薬 | ・はい
・いいえ | 20 朝食を抜くことが週に3回以上ありますか？ | ・はい
・いいえ |
| c コレステロールを下げる薬 | ・はい
・いいえ | 21 お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を
飲む頻度はどのくらいですか？ | ・毎日
・時々
・ほとんど飲まない
(飲めない) |
| 7 医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞など)にかかっている
と言われたり、治療を受けたことがありますか？ | ・はい
・いいえ | 22 飲酒日の1日当たりの飲酒量はどのくらいですか？
※・清酒1合(180ml)の目安
・ビール中瓶1本(約500ml) ・焼酎35度(80ml)
・ウイスキーダブル1杯(60ml) ・ワイン2杯(240ml) | ・1合未満
・1合～2合未満
・2～3合未満
・3合以上 |
| 8 医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞など)にかかっている
と言われたり、治療を受けたことがありますか？ | ・はい
・いいえ | 23 睡眠で休養が十分とれていますか？ | ・はい
・いいえ |
| 9 医師から、慢性の腎不全にかかっていると言われたり、
治療(人工透析)を受けたことがありますか？ | ・はい
・いいえ | 24 運動か食生活などの生活習慣を改善してみようと
思いますか？ | ・改善するつもりはない
・改善するつもりである(概ね6ヵ月以内)
・近いうちに(概ね1ヵ月以内)改善する
つもりであり少しずつ始めている
・既に改善に取り組んでいる(6ヵ月未満)
・既に改善に取り組んでいる(6ヵ月以上) |
| 10 医師から、貧血と言われたことがありますか？ | ・はい
・いいえ | | |
| 11 現在、たばこを習慣的に吸っていますか？
※「現在、習慣的にたばこを吸っている者」とは、
「合計100本以上、または6ヵ月以上吸っている者で」
あり、最近1ヵ月間も吸っている者 | ・はい
・いいえ
↓
(本/日) | | |
| 12 20歳の時から体重が10kg以上増加していますか？ | ・はい
・いいえ | | |
| 13 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、
1年以上実施していますか？ | ・はい
・いいえ | | |
| 14 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ますか？ | ・はい
・いいえ | | |
| 15 ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が早いと
思いますか？ | ・はい
・いいえ | | |
| 16 この1年間で体重の増減が±3kg以上ありましたか？ | ・はい
・いいえ | 25 生活習慣の改善について保健指導を受ける
機会があれば利用しますか？ | ・はい
・いいえ |
| 17 人と比較して食べる速度が早いと思いますか？ | ・はい
・いいえ | | |