

## 外来に来られた方へ (問診票)

受診日： 年 月 日

お名前 \_\_\_\_\_ (男・女)

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

よりよい診療を行うために皆様にあらかじめ問診票のご記入をお願いしています。  
ご協力お願い致します。

## 1. 受診された目的

①健診で指摘された ②気になる症状があつて (症状: \_\_\_\_\_ )

## 2. 現在治療中の病気がありますか

①ない ②ある (病気: \_\_\_\_\_ 病院: \_\_\_\_\_ )

## 3. 定期的に内服している、くすりがありますか(病院、医院・市販のくすりも含めて)

①ない ②ある (何のくすりですか \_\_\_\_\_ )

## 4. 過去に病気にかかったことがありますか

①ない  
②ある (何歳頃: \_\_\_\_\_ 歳頃 病名: \_\_\_\_\_ 病院: \_\_\_\_\_ )

## 5. 過去に痙攣・失神発作をおこしたことがありますか

①ない  
②ある (何歳頃: \_\_\_\_\_ 歳頃 病名: \_\_\_\_\_ 病院 \_\_\_\_\_ )

## 6. 過去に薬によるアレルギーを起こしたことがありますか

①ない  
②ある (薬品名: \_\_\_\_\_ )

## 7. ご家族(父・母・兄弟姉妹・祖父・祖母)の病気についてお答えください

- ・高血圧症 (どなたですか \_\_\_\_\_)      ・糖尿病 (どなたですか \_\_\_\_\_)
  - ・脂質異常症(どなたですか \_\_\_\_\_)      ・心臓病 (どなたですか \_\_\_\_\_)
  - ・脳卒中 (どなたですか \_\_\_\_\_)      ・がん (どなたですか \_\_\_\_\_)
  - ・その他 (どなたですか \_\_\_\_\_)
- (どのような病気で \_\_\_\_\_)

## 8. タバコを吸いますか

①吸わない ②吸う ③吸っていたがやめた( \_\_\_\_\_ 年前)

\_\_\_\_\_

→ ( \_\_\_\_\_ 本/日、 \_\_\_\_\_ 年間 )

## 9. アルコールを飲みますか

①いいえ  
②はい

1回あたりの摂取量は? (1日: 日本酒 \_\_\_\_\_ 合、焼酎 \_\_\_\_\_ 合、ビール(大) \_\_\_\_\_ 本、ウィスキー \_\_\_\_\_ 杯)  
週に何日アルコールを飲みますか? \_\_\_\_\_ 日/週

## 10. 食習慣についてお答えください

a. 1日の食事回数は、ほぼ何回ですか? (朝、牛乳や果物などの軽食も1食に数えてください)

①4回以上 ②3回 ③2回 ④1回

b. 間食(お菓子・糖分入りの飲みもの)は、ほぼ何回ですか?

①1日2回以上 ②1日1回程度 ③週半分程度 ④週2回以下

c. 夕食は主にどなたが作られますか(複数回答可)

①本人 ②配偶者 ③親 ④子供 ⑤外食・店で買う ⑥その他( \_\_\_\_\_ )

裏面につづく

11. 運動習慣についてお答えください

通勤運動について

- 通勤で歩くことや自転車に乗ることは週何日ありますか  
 ①なし ②週1~2日 ③週3~4日 ④週5日以上  
 通勤で歩くことや自転車に乗る時間は往復何分ありますか(1日の合計)  
 ①なし ②20分未満 ③20分~40分未満 ④40分以上

その他の運動について

- 積極的運動(散歩、水泳、自転車、球技など)を週何回実施していますか  
 ①なし ②週1~2日 ③週3~4日 ④週5日以上  
 積極的運動(散歩、水泳、自転車、球技など)を1回何分実施していますか  
 ①なし ②20分未満 ③20分~40分未満 ④40分以上

12. 今の仕事内容を教えてください

a. 当てはまるものに○をつけてください(複数回答可)

- ・専門職、技術職   ・管理的職業   ・事務   ・販売   ・農林漁業   ・採掘   ・運輸
- ・通信            ・技能工       ・生産業   ・労務作業   ・保安職業   ・サービス業
- ・自営業           ・公務員       ・パートタイマー   ・ドライバー

\*さしつかえなければ具体的に職種をご記入ください[ \_\_\_\_\_ ]

b. 仕事による活動量は?(複数回答可)

- ・座り仕事       (1日 \_\_\_\_\_ 時間   \_\_\_\_\_ 回/週)
- ・立ち仕事       (1日 \_\_\_\_\_ 時間   \_\_\_\_\_ 回/週)

c. 交替勤務はありますか?

- ①なし       ②ある (勤務時間: \_\_\_\_\_ 時から \_\_\_\_\_ 時まで)

13. 睡眠についてお答えください

a. 1日何時間くらい睡眠をとりますか? \_\_\_\_\_ 時間

b. 熟睡できますか?

- ①十分できている       ②まあまあできている       ③できていない

14. 生活習慣病について

a. 生活習慣病についての興味はありますか?

- ①興味がある(もっと知りたい)       ②興味がない       ③すでによく知っている

b. 食事についての取り組みをしたいと思いませんか?

- ①興味がある(もっと知りたい)       ②興味がない       ③すでによく知っている

↳ ( \_\_\_\_\_ )栄養指導を希望

※管理栄養士による指導となり保険診療となっております

当会では、外来にて管理栄養士による個別指導を実施しております。今回、栄養指導をご希望の方は○印を付けてください。尚、特に希望される方は◎印を付けてください。

15. 特に聞いておきたいことがありましたらご記入ください

ご協力ありがとうございました。

記入日 平成 年 月 日

フリガナ									
氏 名	男・女	生年 月日	明・大 昭・平 年 月 日生						
現 住 所	〒 — マンション・アパートの名称・室番号までご記入下さい								
電 話 番 号	—	—							
携 帯 番 号	—	—							
緊急連絡先  (必ずご記入 ください)	フリガナ		続 柄						
	氏 名								
	電 話	—	—						
お 勤 め の 方	勤務先  TEL — —								
<p>※あてはまるところに✓印をしてください。</p> <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> 会社であった健康診断からの再検査</td> <td><input type="checkbox"/> 受診案内より</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 当会での人間ドッグ・健康診断からの再検査</td> <td><input type="checkbox"/> 自覚症状より</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 入社時の健康診断からの再検査</td> <td><input type="checkbox"/> その他</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> 会社であった健康診断からの再検査	<input type="checkbox"/> 受診案内より	<input type="checkbox"/> 当会での人間ドッグ・健康診断からの再検査	<input type="checkbox"/> 自覚症状より	<input type="checkbox"/> 入社時の健康診断からの再検査	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 会社であった健康診断からの再検査	<input type="checkbox"/> 受診案内より								
<input type="checkbox"/> 当会での人間ドッグ・健康診断からの再検査	<input type="checkbox"/> 自覚症状より								
<input type="checkbox"/> 入社時の健康診断からの再検査	<input type="checkbox"/> その他								