**問 診 票** 　　　　　　　　　　　　　受 診 日：　　　　　　年　　　月　　　日　　（ID　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名）　 | ﾌﾘｶﾞﾅ）　 | 西暦　　　　　　　　　年　　　　月　　　　 日生　　　　才　　男・女　 |
| 住所） 〒　　 | 連絡先）　 |

1. **今まで従事した主な業務歴について当てはまる個所に○印をつけるかご記入下さい。**

|  |  |
| --- | --- |
| ◉ 業務歴なし　　　　　◉ 現職の（事務系・技術職系・営業系・その他）のみ（　　　　）年従事。 |  |
|  |  |  |

1. **現在治療中、または、今までに病気や大きな怪我、手術した事がある方はご記入下さい。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 才～　　 才 |  | 治癒・治療中・手術・観察中 |
| 才～　　 才 |  | 治癒・治療中・手術・観察中 |
| 才～　　 才 |  | 治癒・治療中・手術・観察中 |

**③ 血縁家族（祖父母･父母･兄弟など）で下記の病気にかかられた方がいる場合は○印つけて、横にご関係をご記入下さい**

◉解らない　　　　　　　　　　　◉糖尿病　　　　　　　　　　　◉結核　　　　　　　　　　　　◉痛風　　　　　　　　　　　◉高脂血症

　◉脳梗塞　　　　　 　　　　　◉心臓病　　　　 　　　 　　　◉ぜん息　　　 　　　　　　　◉がん　　　　 　　　　　　◉高血圧症

|  |
| --- |
| ● **自覚症状についてお尋ねします――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――** |
| 0. 特になし | 6. 頭痛がする | 12. 腹痛がする | 18. 腰が痛む |
| 1. 疲れやすい | 7. 耳鳴りがする | 13. 便秘しやすい | 19. 関節が痛む |
| 2. 動悸がする | 8.寝つきが悪い | 14. 下痢しやすい | 20. 排尿時に痛みがする |
| 3. 呼吸困難になる |  9. 熟睡できない | 15. 便に血が混じる | 21. 生理不順 |
| 4. めまいがする | 10. 食欲がない | 16. 咳、痰が出る | 22. 乳房にしこりがある |
| 5. のどが渇き、水をよく飲む | 11. 胸焼け、吐き気がする | 17. 肩、首筋がこる | 23.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **● 生活習慣についてお尋ねします―――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――** |
| 1）１日の平均睡眠時間はどれ位ですか | ①８時間 | ②８時間以上 | ③６～７時間 | ④６時間以下 |
| 2）定期的な運動をしていますか | ①週に４回以上 | ②週に2～３回 | ③週に１回 | ④殆どしない |
| 3）食事は定期的ですか | ①3食定期的 | ②朝食を食べない | ③不規則な食事 |  |
| 4）ストレスを感じていますか | ①殆どない | ②時々ある | ③定期的（よくある） | ④毎日ある  |
| **● 嗜好品についてお尋ねします――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――** |
| 1）アルコール類はどの位飲みますか | ①飲まない | ②週に1～2回程度 | ③週に3～4回程度 | ④週に5回以上 |
| 2）タバコはどれ位吸いますか | ①吸わない | ②やめた | ③1日20本以下 | ④1日2１本以上 |
| 3）1日の食事の塩加減はどの位ですか | ①うす味 | ②普通 | ③濃いめ | ④かなり濃い |

**④ 当てはまる箇所に○印してください**

**⑤ 食後何時間経っていますか？　　（食後　　　　　　　時間）又は、朝食抜き**

**――――――――――――――――――――――――――**以下は記入しないで下さい　**――――――――――――――――――――――**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 視診 |  |  | 尿検査）　蛋白 　　　　糖　　　　　ｳﾛﾋﾞﾘ　　　　　潜血 |
| 打診 |  | 問診）　　　　　　　　　 | 腹囲　　　　　　　　　Cm |
| 聴診 |  | 視力）右：　　　　　（　　　　　　　） 左：　　　　　　（　　 　　　） |
| 心電図 |  | 身長） | 体重） |
| レントゲン　□ | 心電図　□ | 採血　□ |
| コメント） | 聴力 | 1000Hz（30ｄｂ）　右　　　　　　　左 |
|  | 4000Hz（40ｄｂ）　右　　　　　　　左 |
|  | 血圧）　①　　 　　　／　　　　　　　　　　②　　　　　　／ |