

問 診 票

氏名：

Name

受診日：

Date

クリニックにて測定

身長：	cm	体重：	Kg	血圧：	/	体温：	℃
Height		Weight		Blood pressure		Body temperature	

1. 既往歴について Past History

- ・ 現在治療中の病気または過去の病気についてお答えください。
- ・ Please answer onset age & the current stats with numbers (refer below for numbers)

現況欄に次の1～4の数字を記入ください。 1:治療中、2:経過観察中、3:治癒、4:その他

Please put appropriate number in current status.

1:Receiving treatment 2: Observing 3: Recovered 4: Other

特になし No such condition

	発症年齢 onset age	現況 Current status		発症年齢 onset age	現況 Current status		発症年齢 onset age	現況 Current status
高血圧 HyperTension	<input type="text"/>	<input type="text"/>	B 型、C 型肝炎 HepatitisB and C	<input type="text"/>	<input type="text"/>	胃・十二指腸疾患 Stomach/Duodenum disease	<input type="text"/>	<input type="text"/>
糖尿病 Diabetes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	その他の肝臓病 Other liver disease	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ぜん息 Asthma	<input type="text"/>	<input type="text"/>
脂質異常症 Dislipidemia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	慢性腎疾患 Chronic kidney disease	<input type="text"/>	<input type="text"/>	緑内障 Glaucoma	<input type="text"/>	<input type="text"/>
不整脈 Arrhythmia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	その他の腎疾患 Other kidney disease	<input type="text"/>	<input type="text"/>	骨粗鬆症 Osteoprosis	<input type="text"/>	<input type="text"/>
狭心症・心筋梗塞 Angina, MI	<input type="text"/>	<input type="text"/>	痛風 Gout	<input type="text"/>	<input type="text"/>	前立腺肥大 prostatomegaly	<input type="text"/>	<input type="text"/>
その他の心臓病 Other heart disease	<input type="text"/>	<input type="text"/>	貧血 Anemia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	甲状腺疾患 Thyroid disease	<input type="text"/>	<input type="text"/>
脳卒中 Stroke	<input type="text"/>	<input type="text"/>	がん Cancer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(病名: (Diagnosis	<input type="text"/>	<input type="text"/>
その他の病気 Other disease	(<input type="text"/>)	<input type="text"/>		(<input type="text"/>)	<input type="text"/>		(<input type="text"/>)	<input type="text"/>

- ・ 現在継続して飲んでいる薬がありますか。 Do you take any regular medication?

- ・ 手術したことがありますか。 いいえ はい 部位: ()
Have you had any surgeries? No Yes part
- ・ 輸血をしたことがありますか。 いいえ はい
Have you had blood transfusion? No Yes

2. 家族歴について Family History

- 血のつながった両親、祖父母、兄弟などで下記の病気にかかったことがありますか。

Has your any Immediate family had following disease ?

	高血圧 Hyper tension	糖尿病 Diabetes	狭心症 心筋梗塞 Angina/MI	脳卒中 Stroke
父 Father	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
母 Mother	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
祖父母 Grand Mother/Father	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
兄弟姉妹 Siblings/Cousins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. 家族のがんについて Family Cancaer History

- 血のつながった両親、祖父母、兄弟、叔父叔母などで下記の病気にかかったことがありますか。

Has your any immediate family had following cancer ?

	肺がん Lung	胃がん Stomach	大腸がん Colon	肝臓がん Liver	乳がん Breast	子宮がん Uterine	その他 がん Other
父 Father	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			()
母 Mother	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()
祖父 Grand Father	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			()
祖母 Grand Mother	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()
兄弟姉妹 Siblings	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()
叔父叔母 Aunt, Uncle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()

4. 検査について Medical Examination

- 過去に検査を受けて具合が悪くなったことや検査に注意することがありますか。

Have you ever had any complication at medical examination?

<input type="checkbox"/> 採血で気分が悪くなったことがある I have felt faint during a blood test	<input type="checkbox"/> ペースメーカーを使用している I have pacemaker
<input type="checkbox"/> 胃透視検査で気分が悪くなったことがある I have felt unwell when I had endoscopy.	<input type="checkbox"/> アルコール綿にアレルギーがある I am allergic to alcohol swab
<input type="checkbox"/> 胃透視検査でおなかの具合が悪くなったことがある I have had stomachach after endoscopy.	<input type="checkbox"/> その他アレルギーがある Other allergy
<input type="checkbox"/> 麻酔で気分が悪くなったことがある I have felt unwell under anesthesia	()
<input type="checkbox"/> 血液検査で血小板数の低下を指摘されたことがありますか I had low platelets	
<input type="checkbox"/> 血が止まりにくい または 血液をさらさらにする薬を服用していますか I regulary take anti-coagulation medication.	

5. 女性の方への質問

※女性の方のみ 必ず お答えください。

For women only

<input type="checkbox"/>	妊娠中または妊娠している可能性がある ()ヶ月目 I am (possibly) pregnant at () weeks.	<input type="checkbox"/>	妊娠していない I am not pregnant.
<input type="checkbox"/>	生理中である I am on my period.	<input type="checkbox"/>	最終月経 月 日 Last Menstrual Period: d m
		<input type="checkbox"/>	閉経した: 年 I am in menopause: Year

6. 生活習慣について

Lifestyle

たばこを習慣的に吸いますか Do you regularly smoke?	<input type="checkbox"/> 吸わない NO	<input type="checkbox"/> 吸う Yes	<input type="checkbox"/> やめた Quitted
吸う または やめた方は本数、年数を数字で記入ください If you answered 'yes' or 'quitted',	1日 <input type="text"/> <input type="text"/> 本 How many per day	約 <input type="text"/> <input type="text"/> 年間 How many years	

お酒を飲む頻度をお答えください How often do you drink alcohol?	<input type="checkbox"/> 飲まない Don't drink	<input type="checkbox"/> 毎日 Everyday	<input type="checkbox"/> 週 回 times/week
--	--	---	--

飲酒日の1日当たりの飲酒量は? How much do you drink per time?	種類: Kinds:	量: Amount:
--	---------------	---------------

20歳の時の体重から10Kg以上増加している I have put on weight over 10kg since 20years old	<input type="checkbox"/> はい Yes	<input type="checkbox"/> いいえ No	
1回30分以上の軽い汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している I do exercise to get aweaty 30 mins + more than twice a week over 1 year.	<input type="checkbox"/> はい Yes	<input type="checkbox"/> いいえ No	
日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施している I walk(or do equal intensity exercise) over 1hour everyday	<input type="checkbox"/> はい Yes	<input type="checkbox"/> いいえ No	
ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い I walk faster than same age/jender average people	<input type="checkbox"/> はい Yes	<input type="checkbox"/> いいえ No	
この1年間で体重の増減が±3Kg以上あった I put(lost) on weightover 3kg since last year.	<input type="checkbox"/> はい Yes	<input type="checkbox"/> いいえ No	
人と比較して食べる速度が速い I eat faster than other people	<input type="checkbox"/> 速い Fast	<input type="checkbox"/> 普通 Normal	<input type="checkbox"/> 遅い Slow
就寝時の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある I eat dinner less than 2 hours before sleep.	<input type="checkbox"/> はい Yes	<input type="checkbox"/> いいえ No	
夕食後に間食(3食以外の夜食)をとることが週に3回以上ある I eat snack after dinner more than 3times per week.	<input type="checkbox"/> はい Yes	<input type="checkbox"/> いいえ No	
朝食を抜くことが週に3回以上ある I skip breakfast more than 3times per week	<input type="checkbox"/> はい Yes	<input type="checkbox"/> いいえ No	
睡眠で休養が十分とれている I have enough sleep	<input type="checkbox"/> はい Yes	<input type="checkbox"/> いいえ No	

運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか

Do you think you need to change your exercise/eating pattern?

該当するものにチェックを1つ付けてください
Please pick one.

改善するつもりはない
No, I don't think so.

既に改善に取り組んでいる（6ヶ月未満）
I started less than 6 months ago.

改善するつもりである（概ね6ヶ月以内）
I will start in around 6month.

既に改善に取り組んでいる（6ヶ月以上）
I started over 6 month ago.

近いうちに（概ね1ヶ月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている
I have gradually started.

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
Would you like to have a consultation for lifestyle?

はい
Yes

いいえ
No

7.お身体について

About your body condition

・ 以下の当てはまる項目に○をお付けください。Please circle the most appropriate answer.

A) 泌尿器系 Urological system

尿に血が混じることがありますか？ Do you have blood in your urine?	よくある ・ たまにある ・ ない Often / sometimes / No
尿の回数が多いことが気になりますか？ Do you have frequent urination?	気になる（いつ頃からですか？） ・ ならない Yes (since when?) / No
尿が出にくいことがありますか？ Do you have difficulty in passing urine?	よくある ・ たまにある ・ ない Often / sometimes / No
夜間、排泄で起きることがありますか？ Do you wake up at night for toilet?	よくある ・ たまにある ・ ない Often / sometimes / No

B) 中枢神経系 Central nervous system

頭重感や頭痛を感じることがありますか？ Do you get heavy head or headache?	よくある ・ たまにある ・ ない Often / sometimes / No
物忘れが気になることがありますか？ Are you forgetful?	気になる（いつ頃からですか？） ・ ならない Yes (since when?) / No

C) 消化器系 Digestive system

ご家族でピロリ菌が見つかった方はいますか？ Does any family member have Helicobacter pylori?	いる ・ いない ・ わからない Yes / No / don't know
食物がつかえるようなことがありますか？ Does some food get stuck on your throat?	よくある ・ たまにある ・ ない Often / sometimes / No
胃が痛んだりもたれたりすることがありますか？ Do you get stomachache or heavy stomach?	よくある ・ たまにある ・ ない Often / sometimes / No
腹部にしこりがありますか？ Do you have any lump on your abdomen?	ある（部位） ・ ない Yes (where?) / No
腹部にはれや痛みがありますか？ Do you have any swelling or pain on your abdomen?	ある（部位） ・ ない Yes (where?) / No

D) 下部消化器系 Lower gastrointestinal system

下痢と便秘が交互に来ることがありますか？ Do you repeat diarrhea and constipation alternately?	よくある ・ たまにある ・ ない Often / sometimes / No
便に血がつくことがありますか？ Do you have blood in your stool?	よくある ・ たまにある ・ ない Often / sometimes / No
黒い便が出ることがありますか？ Do you have black stool?	よくある ・ たまにある ・ ない Often / sometimes / No
便に粘膜がつくことがありますか？ Do you have mucous in your stool?	よくある ・ たまにある ・ ない Often / sometimes / No

E) 肺及び心臓系 Lung and Cardiac

胸が締め付けられるように痛むことがありますか？ Do you feel tight pain on your chest?	よくある ・ たまにある ・ ない Often / sometimes / No
たんに血が交じることがありますか？ Do you have blood in your sputum ?	よくある ・ たまにある ・ ない Often / sometimes / No

F) 婦人科系 Gynaecological system

子宮頸がん検査で異常が見つかったことがありますか？ Have you had any abnormal result on cervical cancer screening?	ある (年 月) ・ ならない Yes (year /month) / No
生理痛が重いなど、その他症状はありますか？ Do you have severe symptom before/during menstruation?	ある (症状) ・ ない Yes (symptoms) / No

G) 視覚及び聴覚 Visual and hearing

眼の疲れはありますか？ Do you have eye fatigue?	よくある ・ たまにある ・ ない Often / sometimes / No
蚊のようなものが見えることがありますか？ Do you see black spot in your sight?	よくある ・ たまにある ・ ない Often / sometimes / No
物が二重に見えることがありますか？ Do you have double vision?	よくある ・ たまにある ・ ない Often / sometimes / No
視野の中で見えない部分がありますか？ Do you have visual field defect	ある (年 月頃〜) ・ ない Yes (since year /month) / No
耳の聴こえが悪いことがありますか？ Do you have hearing difficulty	よくある ・ たまにある ・ ない Often / sometimes / No

H) 一般的な健康 General well being

疲れやすい・だるいと感じることがありますか？ Do you easily get tired or feel fatigue?	よくある ・ たまにある ・ ない Often / sometimes / No
眠れないことがありますか？ Do you have insomnia	よくある ・ たまにある ・ ない Often / sometimes / No
首の部分がはれていたり、首にしこりがありますか？ Do you have swelling or lump on your neck?	よくある ・ たまにある ・ ない Often / sometimes / No
最近体重の増加が気になりますか？ Do you concern about your weight gain?	気になる (頃から Kg増) ・ ならない Yes (Kg more since) / No

その他気になる症状があればお書きください。

Please write down if you have any other symptoms/concern.

()