

健康調査票

受診日:

※太枠部分は必ず記入下さい。

※氏名（ふりがな）	カルテ番号
※氏名（漢字）	※生年月日 年 月 日（ 歳）
※氏名（ローマ字）	※性別（男・女）
セカンドオピニオン希望の方は必ずローマ字表記して下さい	※Tel（携帯）
※住所	※以下3つのうち、1つを選択して下さい。
※結果表の送付先（会社・自宅）	栄養相談を選択された場合のみ、食事問診票に記入下さい。（別紙）
	セカンドオピニオンはバリウム検査のみ可能です。
自宅への送付希望の方は住所をご記入ください。	□栄養相談 □セカンドオピニオン（無料） □両方不要

A. あなたの既往歴

質問	有無		詳細	
1. 既往歴はありますか？	無	有	病名1：	病名2：
2. 手術を受けたことがありますか？	無	有	病名：	いつ頃
3. 輸血をしたことがありますか？	無	有	歳	
4. 現在治療中の病名はありますか？	無	有	病名1：	病名2：
5. 現在服用中の薬はありますか？	無	有	薬名1：	薬名2：
6. 今までに人間ドックや健診を受診したことがありますか？	無	有	前回受診	年 月 日

B. 家族の病名と、あなたとの関係

例)

家族の病名	関係
脳卒中	祖父

家族の病名	関係	家族の病名	関係	家族の病名	関係
脳卒中		胃・十二指腸		悪性腫瘍	
高血圧		肝硬変		部位	
糖尿病		慢性肝炎		その他1	
心臓病		腎疾患		その他2	
結核		リウマチ		その他3	

C.現在の生活状況

- 蘇州在住期間は？ _____年 _____ヶ月
- 単身赴任？家族帯同？ 1) 単身赴任 2) 家族帯同
- 健康状態は？ 1) 健康だと思う 2) どこか異常があると思う 3) 異常があると思う
- 食事は？ 1) 規則正しい 2) 1日3回で時間が不規則 3) 回数も不規則
- 夕食の夕食の頻度は？ _____週間に _____回
- 平均睡眠時間は？ _____時間
- 週総労働時間は？ 週 _____時間
- ストレスは？（工作上） 1) 日本より多い 2) 日本より少ない 3) 日本と同じ
- ストレスは？（仕事以外） 1) 日本より多い 2) 日本より少ない 3) 日本と同じ
- お酒は？ 1) 飲まない 2) 飲む 種類： _____ 量： _____回/週
- タバコ 1) 吸わない 2) 吸う 1日に _____本 喫煙期間 _____年間
- 最近の体重の変化 1) 無 2) 増加 _____kg 3) 減少 _____kg
- 運動は？ 1) しない 2) する 種類： _____ 週に _____回

⇒ 裏面もあります

D. 現在の自覚症状

以下の自覚症状に○をつけてください。

- | | | | |
|----------------|----------------|----------------|---------------|
| 1 風邪を引きやすい | 13 食欲がない | 25 頭痛がする | 37 尿が残った感じがする |
| 2 よく咳が出る | 14 食べ物がのどにつかえる | 27 夜眠れない | 38 尿の回数が多い |
| 3 よく痰が出る | 15 胃がもたれる | 28 手足がしびれる | 39 喉が渇く |
| 4 痰に血が混じる | 16 腹がはる | 29 頭や肩が痛い | 40 体がだるい |
| 5 鼻づまり、鼻汁が出る | 17 胸焼け、げっぷが出る | 30 肩や腕を動かすと痺れる | 41 疲れがとれない |
| 6 声がかすれる | 18 胃が痛む（食後） | 31 関節が痛い | 42 その他 |
| 7 動悸がする | 19 胃が痛む（空腹時） | 32 関節が腫れる | () |
| 8 息切れがする | 20 吐き気がする | 33 背中や腰が痛い | () |
| 9 胸を締め付ける痛みがある | 21 下痢をする | 34 よく手足がつる | ・ アレルギーがある |
| # 胸の不快感がある | 22 便秘をする | 35 尿をすると痛い | ・ 尿に血が混じる |
| # 脈が不規則になる | 23 ガスがよく出る | 36 尿の出が悪い | ・ 血便が出る |
| # 手足がむくむ | 24 めまいがする | | |

E.女性の方に

- # 生理痛がひどい
- # 帯下が気になる
- # 妊娠している可能性がある
- # 現在授乳中である

※受付記入欄

海外旅行保険
有り / 無し