

問診表

氏名 (団体名)

人間ドック受診時に必ず記入してお持ちください

A

どれかに○を記入してください。

	いいえ	時々	しばしば	いつも
体がだるく疲れやすいですか				
騒音が気になりますか				
気が沈んだり気が重くなることがありますか				
音楽を聴いて楽しいですか				
午前中は、午後に比べてやる気がないと思いますか				
論議に集中できますか				
首筋や肩がこって仕方がないですか				
頭痛もちですか				
遅く寝ても朝早く目が覚めますか				
事故やけがをしやすいですか				
食事がおいしくないですか				
テレビを見て楽しいですか				
息が詰まって息苦しいですか				
喉の奥に物が詰まる感じがしますか				
自分の人生がつまらなく感じますか				
仕事の能率が上がらず何をするのも億劫ですか				
以前にも今と似た症状がありましたか				
本来は仕事熱心で几帳面ですか				

B

アルコール類（酒類）をのみますか () 回/ (週・月)

1回の酒量はどのくらいですか () 単位

(1単位; 日本酒1合、ビール中瓶1本、ウイスキーまたは焼酎ダブル1杯)

たばこを吸いますか () 本/日

運動をしていますか 種目 ()

() 回/月

平均睡眠時間 () 時間

問診表

C

便秘をしやすい	(はい・いいえ)
下痢をしやすい	(はい・いいえ)
便秘と下痢を繰り返すことが多い	(はい・いいえ)
便に血が混じることがある	(はい・いいえ)
体重が急に増えた	(はい・いいえ)
体重が急に減った	(はい・いいえ)
蕁麻疹が出やすい	(はい・いいえ)
花粉症がある	(はい・いいえ)
食べ物にアレルギーがある	(はい・いいえ)
外食が多い	(はい・いいえ)
食事時間が不規則である	(はい・いいえ)
夕食の時間が遅い	(はい・いいえ)
いつも頭が痛い	(はい・いいえ)
いつも肩がこっている	(はい・いいえ)
いつも目が疲れている	(はい・いいえ)
いつも目が乾く	(はい・いいえ)

D (男性のみ)

尿が出にくいと感じることがありますか	(はい・いいえ)
勃起不全と感じることがありますか	(はい・いいえ)

E (女性のみ)

乳房にしこりがありますか	(はい・いいえ)
血性乳汁が出ることがありますか	(はい・いいえ)
月経は順調ですか	(はい・いいえ)
(閉経はいつですか)	(歳頃)
現在生理中ですか	(はい・いいえ)