

問診表

事業所名:

氏名 男・女 生年月日 年 月 日 才

①最近次のような症状がありますか
当てはまるものに丸をして下さい

「あり」・・・毎日のように感じる
「時々」・・・月に2～3回以上ある
「なし」・・・めったにない

1. 1年以内に体重が減りましたか
イ)はい a 2kg以上5kg未満 b 5kg以上
ロ)いいえ
2. 1年以内に体重が増えましたか
イ)はい a 2kg以上5kg未満 b 5kg以上
ロ)いいえ
3. 疲れやすい あり 時々 なし
4. 頭痛がある あり 時々 なし
5. 肩がこる あり 時々 なし
6. 視力が急に低下した あり 時々 なし
7. のどがよくかわく あり 時々 なし
8. せき、たんが出る あり 時々 なし
9. 胸がしめつけられるような痛みがある
あり 時々 なし
10. 動悸や息切れがある
あり 時々 なし
11. (手、足、顔)がむくれる
あり 時々 なし
12. (手、足)がしびれる あり 時々 なし
13. 腹痛、吐き気がある あり 時々 なし
14. 食欲が ない ある
15. 胃が気になる あり 時々 なし
16. 下痢する あり 時々 なし
17. 便秘する あり 時々 なし
18. 便に粘膜が出たり、血液がまじったことがある
(1年以内に) あり 時々 なし
19. 背中や腰の痛みがある
あり 時々 なし
20. ひざの痛みがある あり 時々 なし
21. 夜間2回以上小用に起きる はい いいえ
22. 尿の勢いが悪い はい いいえ
23. じんましんが出ることもある(半年以内)
はい いいえ
24. いらいらしたり眠れないことがある
はい いいえ
25. 女性のかたへ
おりものがある あり 時々 なし
不正性器出血がある あり 時々 なし

②その他、からだで困っていることがありますか

③現在病気はありますか

(ある方は病名、治療中か否か)

病名()

治療 している いない

④今までにかかったおもな病気についてお答え下さい

高血圧症 脳卒中 糖尿病

潰瘍(部位)

狭心症 心筋梗塞 その他の心臓病

肝臓病 痛風 神経痛 喘息 胆石

胆のう炎 腎臓病 痔 その他

⑤親族の方に次の病気がありますか

高血圧 糖尿病 脳卒中 結核

潰瘍(部位) 心臓病

がん(部位) 喘息 肥満

⑥嗜好

飲酒 [酒 ビール ウイスキー 焼酎、その他]

(毎日 時々 付き合い程度)

1日 合

本

cc

タバコ 1日 本

間食 毎日(食べる 食べない)

⑦日常の健康状態

便 日 回

睡眠 1日()時間