

北青山D.CLINIC 問診票（プラチナドック）

受診されるドックの種類をお選びください。

- プラチナドック
 消化器がんドック

基本情報

お名前	
必須	お名前（フリガナ）
	お名前（漢字）
必須	性別 男 女
必須	生年月日（西暦） 年 月 日生
ご自宅住所	
必須	ご自宅 郵便番号 □□□ - □□□□
必須	ご自宅住所1（都道府県、市町村） 都・県 市・区・町・村
必須	ご自宅住所2（丁目、番地など）
連絡先	
必須	電話番号① <small>※受付時間（月～土9：30～18：00）に連絡がつくご連絡先をご記入下さい。</small>
任意	電話番号②
必須	メールアドレス @
必須	ご希望連絡先必須 <input type="checkbox"/>上記① <input type="checkbox"/>上記② <input type="checkbox"/>メールアドレス

緊急連絡先

任意	お名前
	続柄
	連絡先

勤務先

任意	勤務先名
	勤務先 郵便番号 □□□ - □□□□
	勤務先住所1（都道府県、市町村） 都・県 市・区・町・村
	勤務先住所2（丁目、番地など）
	勤務先電話番号（内線番号） - - （内線： ）

問診シート

必須	身長	cm
必須	体重	kg

1.当クリニック以外の施設で総合健診（人間ドック）を受けたことはありますか？

必須

- いいえ
 はい（「はい」の場合、以下にご記入ください。）

※当日比較いたしますので他の施設の検診データをお持ち下さい。

回数	
受診時期	年 月
施設名	

必須

2.今まで病気にかかったことや、手術を受けたことはありますか？

- ない
 はい（「はい」の場合、以下に具体的に内容を記載してください。）

例) 胃がん手術、心臓病など

必須

3.他の医療機関で治療中、もしくは投薬を受けられていますか？

- いいえ
 はい（「はい」の場合、以下に具体的に薬剤名を記載してください。）

必須

4.アレルギーをお持ちですか？

- ない
 ある（ある場合、アレルギー物質について以下にご記入ください。）

<input type="checkbox"/> 卵	<input type="checkbox"/> 麻酔	<input type="checkbox"/> 薬剤
<input type="checkbox"/> その他（	）	

必須

5.感染症について

- ない
 ある（ある場合、以下にご記入ください。）

<input type="checkbox"/> B型肝炎	<input type="checkbox"/> C型肝炎	<input type="checkbox"/> 梅毒	<input type="checkbox"/> HIV
<input type="checkbox"/> その他（	）		

必須 >内視鏡について

1.今まで胃内視鏡検査を受けたことはありますか？

- ない
- ある（ある方は下記をご記入ください）

回数	回
最後に受けたのは	年前
前回は	<input type="checkbox"/> かなり辛かった <input type="checkbox"/> 楽にできた

2.胃の中にピロリ菌がいると指摘を受けたことはありますか？

- 検査をしたが、いなかった（下記をご記入ください）
- ある（ある方は下記をご記入ください）

検査時期	年前
検査時期	年前
除菌	<input type="checkbox"/> 除菌した <input type="checkbox"/> 除菌していない

- 検査を受けたことがない
- わからない

3.今まで大腸内視鏡検査を受けたことはありますか？

- ない
- ある（ある方は下記をご記入ください）

回数	回
最後に受けたのは	年前
前回は	<input type="checkbox"/> かなり辛かった <input type="checkbox"/> 楽にできた

>家族歴について

必須 1.あなたのご家族（既に亡くなられた方も含めて）の病気についてもお聞かせください。

<input type="checkbox"/>	父	<input type="checkbox"/> がん ※がんの部位（ ） <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 結核
<input type="checkbox"/>	母	<input type="checkbox"/> がん ※がんの部位（ ） <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 結核
<input type="checkbox"/>	兄弟姉妹	<input type="checkbox"/> がん ※がんの部位（ ） <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 結核

2.受診にあたって特に相談したいことがありましたらご記入ください。

--

>主治医について

必須 あなたは主治医（かかりつけの医師）がいますか？

- いない
- いる（主治医は次のうちどれにあたりますか？わかる範囲で以下をご記入ください。）

勤務院について	<input type="checkbox"/> 開業医 <input type="checkbox"/> 病院勤務医師 <input type="checkbox"/> 職場の診療室の医師
主治医の氏名	
病院名	
住所	

必須 紹介者について ※当院の総合健診（人間ドック）を初めて受診される方のみご記入下さい。

今回、当クリニックにて受診するよう紹介または指定された場合は、その紹介者名・医療機関名をご記入下さい。

紹介者名／医療機関名	
------------	--

1.毎日の生活必須

- 毎日楽しい
- 1週間で数日楽しい
- 1週間で1度程度楽しい
- あまり楽しくない

2.ストレスの度合い必須

- ほとんど感じない
- 1週間で1回程度感じる
- 1週間で数日感じる
- 毎日感じる

3.喫煙の有無必須

- 吸わない
- やめた（約 年前）
- 吸う

吸うと答えた方はこちらにご記入ください。

喫煙歴：10年以上 10年～21年 それ以上

1日平均：たまたに吸う 1～5本 6～10本 11～20本 それ以上

4.飲酒

- 飲まない
- たまたに飲む
- 週2日以下
- 週5日以下
- ほぼ毎日

※日本酒1合あたりの目安＝

ビール中瓶1本（500ml）／焼酎35度ロック1杯（80ml）／ウイスキーダブル1杯（69ml）／ワイン2杯（240ml）

飲酒する方は、以下にご記入下さい。どのぐらい飲みますか？

1合未満 2合未満 3合未満 3合以上

5.運動習慣

- 毎日意識して運動する
- 週3日以上運動する
- 週1日程度運動する
- 通勤・通学で歩く程度
- それ以下

6.運動の程度

- 激しいスポーツやジムで2時間以上
- スポーツやジムで1時間程度
- ジョギングやウォーキングなどを1時間程度
- 軽めの散歩
- それ以外

7.平均睡眠時間

- 8時間以上
- 8時間程度
- 7時間程度
- 6時間程度
- 5時間以下

8.睡眠の状態

- 寝付きはよく熟睡できる
- 寝付きは悪いが熟睡できる
- 寝付きは良いが熟睡できない
- 寝付きは悪く熟睡もできない
- それ以外

9.便通

- 毎日複数回
- ほぼ毎日
- 週3日程度
- 週1回程度
- それ以下

10.下痢の有無

- ほとんどない
- 時々
- 半々程度
- ほぼ毎日

11.食生活

- 3食きちんと取る
- 2食のときがある
- ほぼ2食しか食べない
- それ以外

12.夕食後の間食

- なし
- 時々
- いつも

13.朝食抜き

- なし
- 時々
- いつも

14.現在飲んでいる薬

- なし
- あり

服用中の薬剤名	
---------	--

15.サプリメント摂取の有無

- なし
- あり

サプリメントの種類名	
------------	--

1.主食はどのくらい食べますか？

1-1.朝食について

食べる

ごはん		杯
パン		枚
麺		杯
その他		

食べない

1-2.昼食について

食べる

ごはん		杯
パン		枚
麺		杯
その他		

食べない

1-3.夕食について

食べる

ごはん		杯
パン		枚
麺		杯
その他		

食べない

2.主菜（魚・肉・卵・大豆製品が主のおかず）はどのくらい食べますか？

1-1.朝食について

食べる

魚		皿
肉		皿
卵		個
大豆製品		皿

食べない

1-2.昼食について

食べる

魚		皿
肉		皿
卵		個
大豆製品		皿

食べない

1-3.夕食について

食べる

魚		皿
肉		皿
卵		個
大豆製品		皿

食べない

2-4.どんな調理方法で食べる人が多いですか？

- 生
- 煮る・茹でる・蒸す
- 焼く（油なし）
- 炒める
- 揚げる

3.副菜（野菜が主のおかず）はどのくらい食べますか？

1-1.朝食について

- 食べる 皿
- 食べない

1-2.昼食について

- 食べる 皿
- 食べない

1-3.夕食について

- 食べる 皿
- 食べない

3-4.どんな野菜料理を食べることが多いですか？

- 生
- お浸し・和え物
- 煮物
- 炒め物
- 揚げ物

4.外食について

4-1.1週間に何を何回くらい食べますか？

- 手弁当 回
- 仕出し弁当 回
- 定食物 回
- めん類 回
- 丼物 回
- すし類 回
- パン類 回
- その他 を 回

4-2.宴会やつきあいなどがありますか？

- ある
- 月に 回
- 週に 回

5.塩分について

5-1.塩分の多い食品（魚肉加工品・漬物等）をひかえていますか？

- はい
- いいえ

5-2.みそ汁はどのくらい飲みますか？

- ほとんど飲まない
- 1日に（ ）杯飲む

6.乳製品について

6-1.乳製品はどのくらいとりますか？

- 毎日とる
- ほとんどとらない
- 週に（ ）日とる

6-2.1日どのくらいとりますか？

- 牛乳 コップ（ ） 杯
- ヨーグルト 小カップ（ ） 個
- チーズ（ ） 切れ
- スキムミルク 大さじ（ ） 杯
- その他（ ）

7.果物は、どのくらい食べますか？（1個は小さめのりんごの大きさ）

- ほとんど食べない
- 週に2～3個
- それ以上

8.間食について

8-1.菓子・甘い飲料はどのくらいとりますか？

和菓子

- とらない
- 時々とる
- 毎日とる

洋菓子

- とらない
- 時々とる
- 毎日とる

甘い飲料（ジュース・炭酸飲料・缶コーヒーなど）

- とらない
- 時々とる
- 毎日とる

その他（ ）

- とらない
- 時々とる
- 毎日とる

8-2.コーヒー・紅茶は飲みますか？

- 飲む

一日の量（ ）杯、1杯当たりの砂糖の量（ ）杯

- 飲まない

9.腹八分を心がけていますか？

- はい
- いいえ

10.夕食について

10-1.夕食は何時頃とりますか？

大体（ ）時ごろ

10-2.夕食の後、就寝までの間に何かとりますか？

- はい（食べるもの： ）
- 時々
- いいえ

11.食事に要する平均時間はどのくらいですか？

平均（ ）分

必須

【婦人科】（女性のみ）

1.婦人科で気になる症状がある方はご記入ください。

--

2.子宮癌検診の受診

- なし
 あり（ありの方は下記に検査結果をご記入ください）

異常なし 要経過観察 要再検査 要精密検査 要治療

3.配偶者の有無

- なし あり

4.月経について

- 順調 不調

一番最近の月経	()月 ()日から ()日間
	月経周期 ()日
出血量	<input type="checkbox"/> 少量 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 多量

- 閉経 ()歳

5.月経時、または月経前の症状

- なし
 あり（ありの方は下記に症状をご記入ください）

腹痛 腰痛 乳房痛 頭痛 その他 ()

6.月経時以外の出血

- なし あり

7.性交経験

- なし あり

8.妊娠経験

- なし
 あり（ありの方は下記にご記入ください）

出産回数 ()回 出産年齢(全て) ()歳
自然流産 ()回 人工妊娠中絶 ()回 子宮外妊娠 ()回

9.下記の疾患にり患したことがありますか？

子宮筋腫 卵巣嚢腫 子宮内膜症 貧血 機能性出血 子宮内膜炎
 付属器炎または卵管炎 カンジダ膣炎 外陰ヘルペス 外陰コンジローマ
 B型肝炎 C型肝炎 その他の大きな病気やケガ

10.婦人科領域の手術を受けたことがありますか？

- なし
 あり（ありの方は下記にご記入ください）

--

任意

【アンケート】

当クリニックを何でお知りになりましたか？

家族・親戚の紹介 友人・知人の紹介 当院スタッフの紹介 その他

当院ホームページ 雑誌・新聞 テレビ その他

ご紹介者名・媒体名：

20221108版