

北青山D.CLINIC 問診票（総合/プレミアムドック）

受診されるドックの種類をお選びください。

- プレミアムドック
 総合ドック
 すい臓がんドック

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（)				

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：たまたまに吸う 1～5本 6～10本 11～20本 それ以上

4.飲酒

- 飲まない
- たまたまに飲む
- 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
- 食べない

1-2.昼食について

- 食べる
- 食べない

1-3.夕食について

- 食べる
- 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
- 仕出し弁当
- 定食物
- めん類
- 丼物
- すし類
- パン類
- その他

	回
	回
	回
	回
	回
	回
	回
	回
	回
	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

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