

適切な診断・治療を行う上で必要な事項です。一つずつよく読んで正確にお答えください。

氏名 \_\_\_\_\_ 最近の健康体重 \_\_\_\_\_ kg

出生市区町村 \_\_\_\_\_ 市・区・郡 \_\_\_\_\_ 区・町・村 \_\_\_\_\_

1. 最近、下記のような症状がありますか？ あれば口に✓をつけ、（      ）内に様子を書いてください。

- ☐ 体重減少（      ヶ月で      kg）
- ☐ 動くと悪化する息切れ
- ☐ 排尿困難や排尿時痛
- ☐ 発熱（最高      ℃、      日間）
- ☐ 胸 痛（むねの痛み）
- ☐ 陰部の症状
- ☐ 寝汗
- ☐ 失 神
- ☐ 手や足のしびれ
- ☐ 目の症状（      ）
- ☐ 飲み込みにくさ
- ☐ 腰や背中痛み・こわばり
- ☐ 耳の症状（      ）
- ☐ 飲食でむせる
- ☐ 四肢・体幹に広がる痛み
- ☐ 鼻の症状（      ）
- ☐ 胸やけ
- ☐ 指が真っ白や紫になる
- ☐ 口の症状（      ）
- ☐ 便が黒い・赤い
- ☐ ひどい日焼け
- ☐ 咳
- ☐ 腹痛
- ☐ 脱毛
- ☐ 痰（白色透明・黄緑色）
- ☐ 下痢など便通異常
- ☐ 他の皮膚症状（      ）

2. 現在のあなたの身体機能に最も近い状態は下記のうちどれですか。口に✓をつけてください。

- ☐ 自分の身の回りの世話、仕事、趣味・運動・レジャーなどを含め通常の身体活動は完全にできる。
- ☐ 自分の身の回りの世話、仕事はできるが、症状により趣味・運動・レジャーなどは制限される。
- ☐ 自分の身の回りの世話はできるが、症状により仕事、趣味・運動・レジャーなどには制限される。
- ☐ 症状により自分の身の回りの世話、仕事、趣味・運動・レジャーなどすべて制限される。

（身の回りの世話とは、衣服の着脱、食事、入浴、身づくろい、排便を含みます。）

3. 点滴の抗生剤や抗ウィルス薬による感染症の治療歴はありますか。      （ は   い   ・   い   い   え   ）

「はい」と答えた方へ      感染症の診断名（肺炎や蜂窩織炎など）・入院の有無を記載ください。

年齢	病 名	入院の有無
		あ   り   ・   な   し
		あ   り   ・   な   し
		あ   り   ・   な   し

4. 結核（肺浸潤や肋膜炎など）の治療を受けたことがありますか？      （はい [      才 ] ・ いいえ）

5. 身近な方などで症状のある結核患者との接触歴はありましたか？      （はい [      才 ] ・ いいえ）

6. 帯状疱疹（たいじょうほうしん）にかかったことがありますか？      （はい [      才 ] ・ いいえ）

7. がんや白血病・リンパ腫など**悪性腫瘍**の治療歴はありますか？      （はい ・ いいえ）

「はい」と答えた方へ      悪性腫瘍の診断名・治療歴を記載ください。

年齢	病名	手術	抗がん剤	放射線治療
		あり・なし	あり・なし	あり・なし
		あり・なし	あり・なし	あり・なし

8. 現在治療中の齲蝕（虫歯）、歯周炎、歯槽膿漏はありますか？ （はい [      才 ] ・ いいえ）
9. 骨粗鬆症の診断や治療を受けていますか？ （はい [      才 ] ・ いいえ）
10. 下記の病気の診断をうけたことがありますか？ あればカッコ内に診断年齢を記載して下さい。

- |                                     |            |                                     |            |                                     |            |
|-------------------------------------|------------|-------------------------------------|------------|-------------------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> 高血圧        | (      才 ) | <input type="checkbox"/> 不整脈        | (      才 ) | <input type="checkbox"/> 腎臓病        | (      才 ) |
| <input type="checkbox"/> 脂質異常症/高脂血症 | (      才 ) | <input type="checkbox"/> 脳卒中        | (      才 ) | <input type="checkbox"/> 尿路結石       | (      才 ) |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病        | (      才 ) | <input type="checkbox"/> 認知症        | (      才 ) | <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気     | (      才 ) |
| <input type="checkbox"/> 副鼻腔炎（ちくのう） | (      才 ) | <input type="checkbox"/> うつ病        | (      才 ) | <input type="checkbox"/> 椎体(背骨)圧迫骨折 | (      才 ) |
| <input type="checkbox"/> ぜんそく       | (      才 ) | <input type="checkbox"/> 不安症/パニック障害 | (      才 ) | <input type="checkbox"/> その他の骨折     | (      才 ) |
| <input type="checkbox"/> 肺気腫/COPD   | (      才 ) | <input type="checkbox"/> その他神経精神疾患  | (      才 ) | <input type="checkbox"/> 緑内障        | (      才 ) |
| <input type="checkbox"/> 心不全        | (      才 ) | <input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍   | (      才 ) | <input type="checkbox"/> ブドウ膜炎/虹彩炎  | (      才 ) |
| <input type="checkbox"/> 狭心症        | (      才 ) | <input type="checkbox"/> 大腸憩室/憩室炎   | (      才 ) | <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎   | (      才 ) |
| <input type="checkbox"/> 心筋梗塞       | (      才 ) | <input type="checkbox"/> 慢性肝疾患      | (      才 ) | <input type="checkbox"/> 乾癬（かんせん）   | (      才 ) |

11. 悪性腫瘍以外の疾患での手術歴はありますか？

年齢	手術を受けた病名または手術名

12. 血縁の方の中で、リウマチや膠原病を発症した方はいましたか？ （はい ・ いいえ）

「はい」と答えた方は、人数、続柄などを具体的に書いてください。

13. 血縁の方の中で、悪性リンパ腫や白血病を発症した方はいましたか？ （はい ・ いいえ）

「はい」と答えた方は、人数、続柄などを具体的に書いてください。

14. ご両親で、大腿骨近位部（下肢の付け根に近い方）を骨折した方はいますか （はい ・ いいえ）

15. これまでの職業歴を記入して下さい。（事務職、製造業、大工など）

粉塵（ほこり）吸引歴 （なし ・ あり）      有機溶媒使用歴 （なし ・ あり）

16. これまでに、ほぼ毎日下記の量\*以上で2年以上の飲酒歴がありましたか？ （はい ・ いいえ）

\* 日本酒なら1日2合、ビールなら500 mL 2本、ワインなら2杯

#### 女性の方のみへの質問です。

17. 現在または1年以内に妊娠を計画していますか？ （ は い ・ い い え ）

18. ピル（女性ホルモン薬）を服用していますか？ （ は い ・ い い え ）

19. 妊娠、出産、自然流産の回数を教えてください。

(      妊 娠      回      ・      出 産      回      ・      自 然 流 産      回      )

20. 閉経後の方へ。何歳ごろに閉経しましたか。 (                      歳頃 )

問診は以上です。受付へご提出ください。ご協力ありがとうございました。