

三番町ごきげんクリニック
問診表



問診表記載情報の取り扱いについて

三番町ごきげんクリニックは、取得しましたクライアント様の個人情報についてその保護の重要性を認識し、下記の通り取り扱う事をお約束いたします。

記

1. 個人情報の利用目的について

当クリニックは、クライアント様からご提示いただいた名前、住所、電話番号、性別その他個人に関わる情報（以下、「個人情報」といいます）を、クライアント様の診療目的で利用させていただき、クライアント様へのメール、手紙等による各種情報のご提供のために利用させていただき、クライアント様の承諾なく、他の目的には利用いたしません。

2. 管理

当クリニックは、個人情報への不正アクセス・紛失・破壊・改ざん及び漏洩などがないよう管理します。

3. 個人情報の第三者提供、および開示について

当クリニックでお預かりした個人情報を、以下のいずれかに該当する場合を除き、第三者へ提供、取り扱いを委託することはありません。

- ① クライアント様の事前の承諾を得た場合
- ② 他医療機関へのご紹介に際して、クライアント様に明示した利用目的の達成のために必要な範囲で個人情報を提供する場合
- ③ 法令の定めにより提供を求められた場合

以上

「問診表記載情報の取り扱いについて」に同意いただけましたら、次のご署名欄に、ご自署お願い申し上げます。

「問診表記載情報の取り扱いについて」に同意します。

ご署名： _____ 様

問診表 Questionnaire

※この問診表は健康状態を把握し、スムーズな診察の為に使用させていただきます。できるだけ
詳しい記入をお願いいたします。なお、この問診表は当クリニックの診療以外には使用いたしません。

[ID _____] 受診日 20 ____ 年 ____ 月 ____ 日

ふりがな
お名前 _____ □男性 □女性

生年月日 西暦 ____ 年 ____ 月 ____ 日 年齢 満 ____ 歳 血液型 ____ 型

住 所 〒 _____

自宅電話番号 _____

携帯電話番号 _____

Email _____ @ _____

会社名 _____ 職業または役職 _____

会社電話番号 _____

日中の連絡先 _____ 自宅・会社・携帯電話・その他 (_____)

既婚 未婚 離婚

配偶者の^{ふりがな}お名前 _____ 満 ____ 歳

連絡先電話番号 _____

緊急時の連絡先

^{ふりがな}お名前 _____ ご関係 _____

連絡先電話番号 _____

三番町ごきげんクリニックをお知りになったきっかけをお教えてください

友人または家族の紹介 紹介者名 _____

講演 雑誌、新聞 テレビ ウェブサイト／インターネット

その他（具体的にお願いします） _____

三番町ごきげんクリニックではご希望の方に、定期的に健康に関する**ご案内**、
『**ごきげんレター**』（郵送でお送りするスケジュールや医療情報）をお送りしております。
ご記入いただいたご住所にお送りしてもよろしいですか？

◇ ごきげんレター

はい ・ いいえ



◇お身体の状態についておうかがいします

当てはまるものに○をつけてください。

一般	身長:()cm 体重:()kg 虚弱 疲れやすい 体重の増加 体重の減少 風邪を引きやすい 肩こり 微熱
皮膚	湿疹 かゆみ じんましん アトピー性皮膚炎 髪の毛がぬける 円形脱毛 爪が割れやすい 乾燥 多汗 肌荒れ にきび・吹き出物
頭	偏頭痛 頭重感 立ちくらみ めまい 頭へ受けた外傷
目	眼精疲労 目やに かゆみ 目の奥が痛む 目がかすむ 視力低下 白内障 緑内障 加齢黄斑変性症 ドライアイ コンタクトレンズ メガネ
耳鼻	耳鳴り 聞こえにくい においを感じにくい 鼻水 鼻炎 鼻づまり 鼻出血
口／喉	歯ぐきからの出血 声のかすれ 口臭 のどの異和感 口内炎 歯周病
心肺	胸の痛み 圧迫感 動悸・息切れ 不整脈といわれたことがある 体を動かすと胸が痛む 夜中、突然呼吸が停止して目が覚める 手足のむくみ せき・たん 喘息 高血圧 低血圧
消化器	食欲の変化 もたれ感 胸やけ 吐き気 腹痛 便秘 下痢 便に血が混じる ガスがたまる お腹がはる
泌尿器	夜中の尿意 尿の回数の増加 排尿時の痛み 血尿 性的不全 性的欲求の減少 残尿感
心	気分がむらがある 憂鬱・不安になる つらいと感じることが多い 対人関係でうまくいかない くよくよする
血液	輸血したことがある 出血しやすい 顔色が悪い 寒がり冷え症 貧血 気がつかないうちにあざができてい いつもだるい 血が止まりにくい
関節／筋肉	筋肉のつり 関節の痛み 膝の痛み 腰痛 筋肉痛
神経	麻痺 手や足のしびれ 忘れっぽい 言葉がなかなか出てこない 口がまわりにくい
女性のみお答え下さい 乳腺・婦人科	妊娠_____回 出産_____回 流産_____回 中絶_____回 ・現在 (妊娠中 ・ 授乳中 ・ 生理中 ・ 不妊治療中) ・月経 (順調 ・ 不順 ・ 月経前症候群 ・ 閉経 (_____ 歳) ・ 更年期症状) ※月経周期 _____ 日 ※薬の服用: _____ 生理痛 生理前の気分のむらや体の不調 胸にしこりがある 不妊の心配がある (_____)

◇治したい症状・特に気になっている症状があればお書き下さい

◇採血前に最後飲食したことについておうかがいします

_____時 飲食したのも_____

◇既往症についておうかがいします

◇現在、通院中ですか はい いいえ

【症状・疾患名】 【時期】 【治療内容】

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

◇病歴と手術歴を教えてください(入院した時期とその原因を挙げてください)

いつ頃ですか？ 病名は何ですか？

1 _____年 _____月頃	_____
2 _____年 _____月頃	_____
3 _____年 _____月頃	_____

◇アレルギーを示すものを挙げてください(薬、食べ物、ワクチンなど)

1 _____	2 _____	3 _____
4 _____	5 _____	6 _____

◇サプリメント、健康食品で摂っているものがあれば教えてください

名前	<内服時間>
1 _____	朝 昼 夜 眠前 食前
2 _____	朝 昼 夜 眠前 食前
3 _____	朝 昼 夜 眠前 食前
4 _____	朝 昼 夜 眠前 食前
5 _____	朝 昼 夜 眠前 食前

◇ご家族の病歴についておうかがいします

ご家族の病歴を記入してください。

病名	続柄	病名	続柄
高血圧		痛風	
脳卒中		精神疾患	
心臓病		肝臓病	
がん		肥満	
糖尿病		その他	

◇食生活習慣についておうかがいします

1. 一回の食事量は多いですか？ 適量／多い／少な目
2. 一回の食事時間はどのくらいですか？ _____分
3. コンビニ食はどのくらい利用しますか？ 1週間に_____回くらい
4. 外食、お惣菜の利用はどの程度しますか？ 1週間に_____回くらい
5. 一日にどのくらいの水分をとりますか？
 (食事の水分以外でお考えください) 水: _____
 その他: _____
6. 清涼飲料水(缶コーヒー含む)をしばしば飲みますか？ はい/いいえ
7. あまいもの・お菓子を良く摂りますか？ はい/いいえ
8. ファーストフードを週に一度以上利用しますか？ はい/いいえ
9. 自宅での食事は誰が管理していますか？ _____
10. ここ2日、召し上がったものを記入してください。(出来るだけ詳しく教えてください)

朝	昼	夕	間食

13. 子どものころ肥満でしたか？ はい/いいえ
14. 毎日の食生活で、健康のために心がけていること・続けていきたいと思っている習慣があればお教えてください。

15. ご自分の食生活で、改善したい・やめたい習慣があればお教えてください。

◇嗜好についておうかがいします

1. タバコを吸いますか？ はい／いいえ
「はい」とお答えの方 一日_____本(年間)
2. アルコールを摂取しますか？ はい／いいえ
「はい」とお答えの方 内容と量_____
1 週間に_____回くらい
3. 趣味があれば教えてください _____

◇運動についておうかがいします

1. 定期的(1日30分以上を週2回以上)に運動をしていますか？ はい／いいえ
「はい」とお答えの方 1週間に_____回
どんな運動をしますか？ _____
2. 現在、肩・腰・ひざなど痛いところがありますか。 _____
3. 病気・けが・障害の為に運動の制限指導を受けていますか。 はい／いいえ
「はい」とお答えの方 具体的に教えてください _____
4. 過去に運動をしていましたか？ はい／いいえ
「はい」とお答えの方 運動の種目(種類) _____
何歳から、どのくらいの期間 _____

◇睡眠についておうかがいします

1. 就寝時間は何時ごろですか？ 平日 _____ 時 休前日 _____ 時 休日 _____ 時
2. 平均睡眠時間は、どのくらいですか。 _____ 時間
3. 毎日の睡眠に満足していますか。 はい／いいえ
4. 布団(ベッド)に入って、何分で眠れますか。 _____ 分
5. 朝、すっきりと目覚めることができますか。 はい／いいえ
6. 夜中に目が覚めますか。 はい／いいえ
7. 何時に寝ても、早朝(5時以前)に目が覚めますか。 はい／いいえ
8. 日中の眠気を感じる事が多いですか。 はい／いいえ
9. 就寝時は、真っ暗な環境で眠りますか。 はい／いいえ
10. 就寝前にうたた寝をしてしまう事がしばしばありますか。 はい／いいえ
11. その他、睡眠について気になること、改善したいことがあれば教えてください。

◇健康・予防行動についておうかがいします。

1. 人間ドック・定期検診(職場検診)は受けていますか。 はい／いいえ
2. 最終受診年月日を教えてください _____ 年 _____ 月(内容 _____)

◇血管状態チェック

最近胸が締め付けられることが多い	はい	いいえ
手足がしびれることがある	はい	いいえ
人の名前・固有名詞が思い出せないことがある	はい	いいえ
スナック菓子やインスタント食品が好きだ	はい	いいえ
たばこを吸う・たばこを吸う人が近くにいる	はい	いいえ
手が届く範囲にたいていのものを置いている	はい	いいえ
責任感が強く、仕事はきっちりする	はい	いいえ
最近イライラすることが多い	はい	いいえ
いつも時間に追われている気がする	はい	いいえ

◇腸内環境チェック

便やおならが異常に臭い・臭いといわれる	はい	いいえ
お腹が張っても鳴ることはない	はい	いいえ
硬い便が出ることが多い	はい	いいえ
イモ類を食べるとお腹が張りやすい	はい	いいえ
野菜や発酵食品(納豆・キムチなど)をあまり食べない	はい	いいえ
朝食は食べないことが多い(週 回食べる)	はい	いいえ
外食が多い(週 4 回以上)	はい	いいえ
湯船に入らず、シャワーで済ませがち	はい	いいえ
失敗したことをくよくよしやすい	はい	いいえ
1 日でトイレに行くのは 6 回以下	はい	いいえ
便秘もするが、下痢もしやすい	はい	いいえ
手足が冷たく、顔色も悪い	はい	いいえ
平均睡眠時間は 6 時間以下である	はい	いいえ
便の色が黒っぽい	はい	いいえ
出た便が便器の底に沈む	はい	いいえ
コロコロした便がでる	はい	いいえ
時々便がゆるくなる	はい	いいえ
排便は決まった時間にでない	はい	いいえ
肌荒れ、吹き出物が多い	はい	いいえ
週に最低 60 分以上は運動をしている	はい	いいえ
ストレスをいつも感じる	はい	いいえ
朝食はあわただしい	はい	いいえ
食事時間が不規則だ	はい	いいえ
肉が好きだ	はい	いいえ

沢山の質問にお答えいただきましてありがとうございました。

