

# 人間ドック質問票

獨協医科大学病院 健診センター

## 泌尿器

顔や手足がむくむ（腎臓疾患のため） はいいいえ

尿の出の具合が悪い はいいいえ

排尿してもまだ残っているような感じがある はいいいえ

アボルブ、プロペシアを服用していますか はいいいえ

## 神経

周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされていますかはいいいえ

今日が何月何日かわからない時がありますか はいいいえ

気が遠くなるように感じる事がしばしばある はいいいえ

しばしばめまいがする はいいいえ

激しい頭痛がたびたびおこる はいいいえ

手や指がふるえる はいいいえ

手の細かい動きが悪くなっている（ボタンのはめはずし、はしの動きなど） はいいいえ

## 一般健康状態

睡眠で休養が十分とれていますか はいいいえ

20歳の時の体重はどのくらいですか  kg

20歳の時と比べて体重の変化は 不変10kg以上増えたやせてきた

現在までの最高体重は  kg  才の時

この6か月で2~3kg以上の体重減少がありましたか はいいいえ

## 運動機能

以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますかはいいいえ

ほぼ同じ年齢の同性を比較して歩く速度が速いですかはいいいえ

この1年間に転んだことがありますか はいいいえ

ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか はいいいえ

ウォーキング等を1日1時間以上続けていますか はいいいえ

1日30分以上軽く汗をかく運動は行っていますか はい（週に回,年続けている）

いいえ

## 社会生活など

週に1回以上は外出していますか はいいいえ

ふだんから家族や友人と付き合いがありますか はいいいえ

体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか はいいいえ

運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか

意思なし 意思あり（6か月以内） 意思あり（近いうち）

取組済み（6か月未満） 取組済み（6か月以上）

生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか はいいいえ

受診日	令和	年	月	日				
〒	—	☎	—	—	携帯	—	—	
住所								
ふりがな 氏名	(男・女)			生年月日 (T・S・H)	年	月	日	歳
事業所および職種								

**健診のメニューには放射線を用いた検査があります。**

放射線の影響について同意し、健診を受けます

**なお、放射線の影響が心配で検査を受けない方は、受付時に申し出てください。**

簡易問診票（今回ドックで胃の検査を無事に終了していただくために）

特異体質（アレルギー体質）がありますか はいいいえ

「ある」と答えた方は 食物アレルギー（

ヨード（造影剤）アレルギー アルコール綿アレルギー

薬剤アレルギー その他（

男性は、前立腺肥大（尿の出が悪い）がありますか はいいいえ

女性は、現在妊娠していますか はいいいえ

胃バリウム検査で、便秘（バリウムによる）になったことがありますか はいいいえ

大腸憩室（けいしつ）症といわれたことがありますか はいいいえ

現在、かぜなど体のどこかに具合の悪いところがありますか

健康状態がよい まあ良い ふつう あまりよくない よくない

よくない場合具体的にご記入ください

（

## 生活習慣

**飲酒** 毎日 週（）日 週1日未満 飲まない

○で囲んでください

日本酒 ・1合 ・2~3合未満 ・3合以上

焼酎(水割り) ・2杯 ・3~6杯未満 ・6杯以上

ビール ・大ビン1本以下 ・大ビン2~3本未満 ・大ビン3本以上

ウイスキー ・ダブル1杯 ・2~6杯未満 ・6杯以上

ワイン(グラス) ・2杯 ・3~6杯未満 ・6杯以上

**喫煙** 吸っている（1日本、歳より）

吸っていたがやめた（1日本、歳より歳まで）

吸わない

治療中の有無についてお答えください

1. 血圧を下げる薬 □治療あり( 歳から) □治療無し  
薬剤名 ( )
2. 血糖を下げる薬、インスリン注射 □治療あり( 歳から) □治療無し  
薬剤名 ( )
3. コレステロール、または中性脂肪を下げる薬 □治療あり( 歳から) □治療無し  
薬剤名 ( )
4. 脳出血・脳卒中にかかったことがありますか □治療あり( 歳から) □治療無し  
薬剤名 ( )
5. 心臓病(狭心症、心筋梗塞)にかかったことがありますか □治療あり( 歳から) □治療無し  
薬剤名 ( )
6. 抗凝固剤(血液をさらさらにする薬) □治療あり( 歳から) □治療無し  
薬剤名 ( )
7. 医師から、慢性の腎不全にかかっているとされたり、治療(人工透析)を受けたことがありますか □はい □いいえ
8. 医師から、貧血と言われたことがありますか □はい □いいえ
9. それ以外の疾患、手術など  
・診断名 ( )  
・治療内容 ( )  
・薬剤名 ( )
10. かかりつけ医を教えてください ( )

ピロリ菌感染・除菌治療についてお答えください

- 今までにピロリ菌の感染があるといわれたことが □ある □ない □不明  
ピロリ菌除菌を受けたことが □ある(西暦 年 月) □ない  
ピロリ菌除菌に成功していますか □はい □いいえ □不明  
輸血を受けたことが □ある(西暦 年) □ない  
理由 ( )

ご家族の病気についてお答えください(例 父 胃がん 発症 54 歳 死亡 60 歳)

- 父母 ( )  
□きょうだい ( )  
□祖父母 ( )

心の状態

- 毎日の生活に満足していますか □満足 □やや満足 □やや不満 □不満  
物事に対してほとんど興味が無い、または楽しめない □はい □いいえ  
気持ちが沈み込んだり、滅入ったりすることがある □はい □いいえ  
今まで好きだったことを、同じように楽しくできない □はい □いいえ

呼吸器

- しじゅうせきに悩む □はい □いいえ  
たんで気のついたことは □水っぽい □黄色 □異色 □赤色 □茶かっ色 □悪臭  
血たんがでる □はい □いいえ  
ひどい寝汗をかく □はい □いいえ

心臓血管

- 脈が不規則にうつことがある □はい □いいえ  
動悸がすることがある □はい □いいえ  
他の人より息切れがする □はい □いいえ  
前胸部に不快感、胸内に発作的な痛みを感ずることがある □はい □いいえ  
顔や手足がむくむ(心臓疾患のため) □はい □いいえ

消化器

- 1日3食きちんと食べていますか □はい □いいえ  
お茶や汁物等でむせることがありますか □はい □いいえ  
食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか  
□なんでもかんで食べることができる  
□歯や歯ぐき、かみ合わせなど気になる部分があり、かみにくいことがある  
□半年まえにくらべて固いもの(たくあんなど)が食べにくくなった  
□ほとんどかめない

- 人と比較して食べる速度が速いですか □はい □いいえ  
就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか □はい □いいえ  
朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか □はい □いいえ  
朝食を抜くことが週に3回以上ありますか □はい □いいえ  
朝食後ゲップ、胸やけやすっぱい水の上がることある □はい □いいえ  
激しい胃痛で時々悩むことがある □はい □いいえ  
いつも食後おなかがはったり胃の具合が悪い □はい □いいえ  
血の混じった便の出ることがある □はい □いいえ  
便秘と下痢くり返すことがある □はい □いいえ  
胃薬PPI(オメプラール、オメプラゾン、タケプロン、パリエット、ネキシウム、タケキャブ、ボノプラザン、ラベプラゾールナトリウム、ランソプラゾール)を2か月以内に服用していますか □はい □いいえ