

# 問診票の記入方法

あらかじめ記入し、会場へ持参してください。

## 受診する内容に合わせて、必要な問診票が同封されています。

- ① すべての問診票等の氏名・フリガナ・性別・生年月日などの間違いがないかご確認ください。
- ① 鉛筆 または シャープペンシル で記入してください。
- ① 以下の記入例を参考に、□の枠内に収まるように記入してください。

## 問診票の記入例

該当する  に  をご記入ください

本人既往歴 (選択は8つまで)					自覚症状 (選択は6つまで)			特になし
治療中	現在主治医のもとで薬をもらっている				<input type="checkbox"/> 血痰	<input type="checkbox"/> 息切れ	<input type="checkbox"/> 咳	
経過観察	現在主治医のもとで検査を定期的に行っている(薬をもらっていない)				<input type="checkbox"/> 痰	<input type="checkbox"/> 胸痛	<input type="checkbox"/> 脈の乱れ	
中断・放置 以前あり	過去に病気にかかり治療したことがある (現在は治療を行っていない)				<input checked="" type="checkbox"/> 動悸	<input type="checkbox"/> 胸やけ	<input type="checkbox"/> 腹痛	
治癒	過去に病気にかかり治癒した				<input type="checkbox"/> 吐き気	<input type="checkbox"/> 食欲不振	<input checked="" type="checkbox"/> 胃痛	
<input type="checkbox"/> 既往なし	治療中	経過観察	中断・放置	治癒	<input type="checkbox"/> 便秘	<input checked="" type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 血便	
がん (部位 )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 尿が出にくい	<input type="checkbox"/> 排尿回数が多い	<input type="checkbox"/> 血尿	
高血圧	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> めまい・立ち眩み	<input type="checkbox"/> 不眠	<input type="checkbox"/> 頭痛	
糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 背部痛	<input type="checkbox"/> 腰痛	<input checked="" type="checkbox"/> 肩こり	
脂質異常症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 疲れやすい	<input type="checkbox"/> その他		
貧血	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	家族歴 血縁者(父母・兄弟姉妹)に下記の方がいればご記入ください(選択は7つまで)			
痛風・高尿酸血症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 該当なし	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 糖尿病
脳血管疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 脳卒中	<input checked="" type="checkbox"/> 狭心症・心筋梗塞	<input type="checkbox"/> 肺がん	<input checked="" type="checkbox"/> 胃がん
心臓病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 大腸がん	<input type="checkbox"/> 子宮がん	<input type="checkbox"/> 乳がん	<input type="checkbox"/> その他がん
呼吸器疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	以下の質問は ● の項目のみ回答ください。			
肝臓疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 業務歴			
胆のう・胆管疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 職場での勤務について(選択は1つ)			
透析	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> あり … 問診を記入してください。	<input type="checkbox"/> 常時日勤	<input type="checkbox"/> 常時夜勤	<input type="checkbox"/> (日勤と夜勤の両方あり)

● のある項目の  に  をご記入ください。

肺がん・結核検診  キャンセル (スタッフ使用欄)

1 肺がん・結核検診を受診したことがありますか(はい/いいえ)

あり … 受診項目です。問診を記入してください。

胃がん検診(胃透視)  キャンセル (スタッフ使用欄)

1 禁忌事項の確認 下記のいずれかに「はい」がある方はご受診いただけません

昨夜21時以降 4日以上便秘が続いている  はい  いいえ

以前バリウムを飲んでアレルギー症状がでたことがある。(初めて受診される方は「いいえ」にご記入ください)  はい  いいえ

心不全や腎臓疾患(透析)などで水分制限がある  はい  いいえ