

フリガナ	
氏名	
会社名	
生年月日	
性別	
年齢	

問診票

コース

受診日/ID

検査の 10 時間以内に食事をしましたか？

はい いいえ

☐ ☐

【A】標準的な質問票

※該当するものに○印をご記入ください

1. 現在、医師より血圧を下げる薬の処方がありますか？ ※高血圧の薬	☐	はい	☐	いいえ	薬品名 ()
2. 現在、医師よりインスリン注射または血糖を下げる薬の処方がありますか？ ※糖尿病の薬	☐	はい	☐	いいえ	薬品名 ()
3. 現在、医師よりコレステロールを下げる薬の処方がありますか？ ※脂質異常症（高脂血症）の薬	☐	はい	☐	いいえ	薬品名 ()
4. 医師から脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっていると言われたり、治療を受けたことがある	☐	はい	☐	いいえ	
5. 医師から心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっていると言われたり、治療を受けたことがある	☐	はい	☐	いいえ	
6. 医師から慢性の腎不全にかかっていると言われたり、治療（人工透析）を受けたことがある	☐	はい	☐	いいえ	
7. 医師から貧血と言われたことがある	☐	はい	☐	いいえ	
8. 現在、たばこを習慣的に吸っている ※合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っているものであり最近1ヶ月間も吸っている	☐	はい	☐	いいえ	
9. 20歳の時の体重から10kg以上増加している	☐	はい	☐	いいえ	
10. 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している	☐	はい	☐	いいえ	
11. 日常生活において歩行又は同等の身体運動を1日1時間以上実施している	☐	はい	☐	いいえ	
12. ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い	☐	はい	☐	いいえ	
13. この1年間で体重の増減が±3kg以上あった	☐	はい	☐	いいえ	
14. 人と比較して食べる速度が速い	☐	速い	☐	ふつう	☐ 遅い
15. 就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある	☐	はい	☐	いいえ	
16. 夕食後に間食（3食以外の夜食）をとることが週に3回以上ある	☐	はい	☐	いいえ	
17. 朝食を抜くことが週に3回以上ある	☐	はい	☐	いいえ	
18. お酒（清酒、焼酎、ビール、洋酒等）を飲む頻度	☐	毎日	☐	時々	☐ ほとんど飲まない（飲めない）
19. 飲酒日の1日当たりの飲酒量 ※清酒1合（180ml）の目安： ビール中瓶1本（約500ml）、焼酎35度（80ml） ウイスキーダブル1杯（60ml）、ワイン2杯（240ml）	☐	1合未満	☐	1～2合	
	☐	2～3合	☐	3合以上	
20. 睡眠で休養が十分とれている	☐	はい	☐	いいえ	
21. 運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか？	☐	改善するつもりはない	☐	6か月以内に改善するつもりである	
	☐	1か月以内に改善するつもりであり 少しずつ始めている	☐	既に改善に取り組んでいる（6か月未満）	
	☐	既に改善に取り組んでいる（6か月以上）			
22. 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	

【B】生活状況 ※たばこ、お酒、食習慣②については数字、食習慣①、③～⑤については該当する項目に○印をご記入ください。

＜たばこについて＞

現在、喫煙していなくても喫煙歴のある方はご記入ください。
喫煙歴のない方は未記入にてお願いします。

喫煙本数 本/日 喫煙期間 年

＜お酒について＞

現在、飲酒していない方は未記入にてお願いします。

飲酒日 週 回

＜食習慣について＞

①食事の回数は規則正しいですか ☐ はい ☐ いいえ

②食事の回数は1日何回ですか？ 回

③塩分のとり方は気を付けていますか ☐ はい ☐ いいえ

④野菜のとり方は (1日：生野菜で両手1杯位、約300g) ☐ 少ない ☐ ふつう ☐ 多い

⑤脂肪・油のとり方は ☐ 少ない ☐ ふつう ☐ 多い

氏名
【C】既往歴・現病歴・家族歴 ※次の病気にかかったことのある方は、治療中、人間ドック・健診以外の医療機関で経過観察中、治癒の欄に○印をご記入ください。また、ご家族に該当する方がいましたら、[家族]欄に○印をご記入ください。

[本人]	病名	(病院にて)		治癒	[本人]	病名	(病院にて)		治癒	[本人]	病名	(病院にて)		治癒
		治療中	経過観察中				治療中	経過観察中				治療中	経過観察中	
	高血圧症	☐	☐	☐		肝血管腫	☐	☐	☐		腎炎	☐	☐	☐
	脳卒中(脳出血・脳梗塞)	☐	☐	☐		胆石	☐	☐	☐		腎・尿路結石	☐	☐	☐
	狭心症	☐	☐	☐		胆のうポリープ	☐	☐	☐		腎不全	☐	☐	☐
	心筋梗塞	☐	☐	☐		ウイルス性肝炎	☐	☐	☐		貧血症	☐	☐	☐
	不整脈	☐	☐	☐			☐	☐	☐		甲状腺疾患	☐	☐	☐
	肺炎・肋膜炎	☐	☐	☐		脂肪肝	☐	☐	☐		ピロリ菌の感染	☐	☐	☐
	肺結核	☐	☐	☐		大腸ポリープ	☐	☐	☐		アレルギー性疾患	☐	☐	☐
	気管支喘息	☐	☐	☐		糖尿病	☐	☐	☐		眼疾患(緑内障・白内障)	☐	☐	☐
	胃潰瘍	☐	☐	☐		脂質異常症(高脂血症)	☐	☐	☐		子宮筋腫	☐	☐	☐
	十二指腸潰瘍	☐	☐	☐		高尿酸血症	☐	☐	☐		癌(部位)	☐	☐	☐
	胃ポリープ	☐	☐	☐		痛風	☐	☐	☐		癌(部位)	☐	☐	☐
						前立腺肥大	☐	☐	☐		その他()	☐	☐	☐

[本人]服薬中のお薬(処方薬)をご記入ください。		括弧内に薬品名を分かる範囲でご記入ください。		[家族]	病名	父母	兄弟姉妹	祖父母
☐	胃薬()	☐	心臓病の薬()		高血圧症	☐	☐	☐
☐	鎮痛剤()	☐	精神安定剤()		脂質異常症(高脂血症)	☐	☐	☐
☐	便秘薬()	☐	高尿酸血症の薬()		糖尿病	☐	☐	☐
☐	睡眠薬()	☐	痛風の薬()		癌(部位)	☐	☐	☐
☐	その他()				その他()	☐	☐	☐

手術(レーシックを含む)を受けた事がありますか?	☐	はい	☐	いいえ	病名	時期	歳頃
腸閉塞の手術を受けた事がありますか?	☐	はい	☐	いいえ	病名	時期	歳頃
心臓のペースメーカーをお使いですか?	☐	はい	☐	いいえ	病名	時期	歳頃
バリウムによるアレルギーはありますか?	☐	はい	☐	いいえ	輸血を受けたことがありますか?	☐	はい ☐ いいえ
B型肝炎ワクチンを受けたことがありますか?	☐	はい	☐	いいえ	透析中ですか?	☐	はい ☐ いいえ

【D】自覚症状 ※以下の質問に該当する項目がありましたら○印をご記入ください。		
☐ 咳・痰がよくでる	☐ 動悸・息切れ	☐ むくみやすい(顔・手足)
☐ 痰に血が混ざる	☐ 胸痛・胸部圧迫感	☐ 肩こりがある
☐ のどがよくかわく	☐ 胃痛・胸やけ	☐ 腰痛がある
☐ 急にやせてきた	☐ よく下痢をする	☐ 手足がしびれる(手・足)
☐ めまい・立ちくらみ	☐ 便秘をする	☐ 眠れない
☐ 耳鳴りがある	☐ 尿の出が悪い	☐ イライラする
☐ 頭痛がある	☐ 尿が近い・排尿痛がある	☐ 気が減入る・ゆううつ

【E】女性の方のみご記入ください。		精密・再検査判定になった場合、IMSグループの受診案内を希望しますか?	
☐ 妊娠中	☐ 生理中 ☐ 閉経後	☐ はい ☐ いいえ	※IMSグループの病院案内窓口 (イムス総合サービスセンター：0800-800-1632) は、どなたでも利用できる医療・介護の無料相談窓口です。

その他の症状、医師への質問がありましたらご記入ください。

業務歴