

# 男性用問診票 外来診察の前に

記入日 年 月 日

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 様 年齢( )歳 身長( )cm 体重( )kg

奥様氏名 \_\_\_\_\_ 様

## 1. 現在の健康状態についてお答え下さい。

- ・ 健康
- ・ 現在、治療している病気がある  
(病名; \_\_\_\_\_ )
- ・ 現在服用している薬はありますか?  
(※サプリメントも含む)

有( \_\_\_\_\_ )・無

- ・ 今までに病気に罹ったことがありますか?

有( \_\_\_\_\_ 歳 病名; \_\_\_\_\_ )・無

- ・ 今までに入院や手術をしたことがありますか?

(\*精巣疾患・甲状腺疾患・放射線療法・ヘルニア等)

入院 \_\_\_\_\_ 歳 病名 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 歳 病名 \_\_\_\_\_

手術 \_\_\_\_\_ 歳 病名 \_\_\_\_\_

麻酔の種類 (全身麻酔・局所麻酔)

→麻酔によるトラブルはありましたか?

有( \_\_\_\_\_ )・無

- ・ 輸血をしたことがありますか? (有・無)

## 2. アレルギー・体質についてお答え下さい。

- ・ 喘息はありますか? 有( \_\_\_\_\_ )・無
- ・ 食物アレルギー 有(食品名 \_\_\_\_\_ )・無
- ・ 薬物アレルギー 有(薬品名 \_\_\_\_\_ )・無
- ・ その他アレルギー(例;花粉症、アトピー)  
有( \_\_\_\_\_ )・無

## 3. 現在の職業をご記入下さい。

( \_\_\_\_\_ )

- ・ 仕事では主にどのようなことをされていますか?詳しくご記入下さい。

( \_\_\_\_\_ )

- ・ 勤続年数( \_\_\_\_\_ )年
- ・ 仕事で特に忙しい時期(仕事で徹夜になる時期等)はありますか?

①はい ②いいえ

- ・ 仕事で有機溶媒を使用しますか?

①はい(種類: \_\_\_\_\_ ) ②いいえ

- ・ 以前に他の仕事をされていたか?

①はい( \_\_\_\_\_ ) ②いいえ

## 4. ご家族の健康についてお答え下さい。

例)糖尿病・高血圧・癌・アレルギー・遺伝的疾患など

父;健康・( \_\_\_\_\_ )

母;健康・( \_\_\_\_\_ )

兄弟;健康・( \_\_\_\_\_ )

## 5. 生活習慣についてお答え下さい。

- ・ 喫煙をしますか? 有( \_\_\_\_\_ 本/日)・無

- ・ 飲酒をしますか? 有(毎日・時々)・無

- ・ サウナや熱めのお風呂によく入りますか?

①はい ②いいえ

- ・ 趣味をお答え下さい。

( \_\_\_\_\_ )

- ・ 習慣として行っていることがありますか?

有( \_\_\_\_\_ )・無

- ・ 1日に車やバイクにどのくらい乗っていますか?

車( \_\_\_\_\_ )時間 バイク( \_\_\_\_\_ )時間

## 6. ストレスを感じていると思いますか?

①はい ②いいえ

※はい、とお答えの方は何にストレスを感じていますか?(複数可)

\* 肉体的

\* 精神的

① 疲労感

① 家庭について

② 倦怠感

② 職場について

③ その他

③ その他

( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ )

## 7. 何か気になることやご質問があればお書き下さい。

\_\_\_\_\_



医療法人社団レニア会

ウイメンズ・クリニック  
大泉学園