

問 診 票

(面接年月日 年 月 日)

氏 名 男・女 明・大・昭 年 月 日生 才

I この半年間に体の調子が悪くて医師の診察を受けるか、または、仕事を休んで寝込んだことがありますか？

ない ある ———医師の診察を受けましたか？ 受けない 受けた

II 今の体の調子についておたずねします。それぞれの質問に「はい」「いいえ」のどちらかを○印で答えてください。

- | | | |
|------------------------------------|------|-----|
| 1. 突然胸の奥がしめつけられるように苦しくなることがありますか？ | ない | ある |
| 2. 動悸・息切れがして気分悪くなることがありますか？ | ない | ある |
| 3. 手足がふるえたり、体のどこかに感じのにぶいところがありますか？ | ない | ある |
| 4. せきやたんが最近特にふえましたか？ | ふえない | ふえた |
| 5. 最近食欲はありますか？ | ある | ない |
| 6. たびたび腹痛がありますか？ | ない | ある |
| 7. 胸やけがしたりすっぱいものが口の中にあがってきたりしますか | しない | する |
| 8. 最近急にやせてきましたか？ | やせない | やせた |
| 9. 仕事が続けられないほど、背中や腰が痛みますか？ | 痛まない | 痛む |

*以下は女性のみ

- | | | |
|-------------------------------|----|----|
| 10. 最近月経以外に性器からの出血はありますか？ | ない | ある |
| 11. 最近おりものが多くなりましたか？ | ない | ある |
| 12. 乳房を手のひらでおさえると固いしこりがありますか？ | ない | ある |

III 医師に特に相談したいことがあったら書いてください。

※ この問診票は、受診の時に直接医療機関に提出してください。(医療機関保管)