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　　あるない　　あるない　　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？ |  |
| 　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？ |  |
| 　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　　ないない　　ある |
| 　６．たびたび腹痛がありますか？ |  |
| 　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　やせた痛まない　　痛む |
| 　９．仕事が続けられないほど、背中や腰が痛みますか？ |  |
| ＊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　　あるない　　あるない　　ある |
| １１. 最近おりものが多くなりましたか？ |  |
| 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？ |  |
| 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）