

# 問診票（成人）

2013.01.20.ACSIR 医療部会作成

(下記の該当項目について記入もしくは○で囲んでください)

記入日 西暦 年 月 日

記録者（・本人 ・代理人 （本人との関係 ））

No.	氏名（ふりがな）	生年月日（年齢） 西暦 年 月 日（ 歳）	性別 1女・2男
住 所	〒		
連 絡 先	TEL:	FAX:	Eメール:

## 1. 家族・2011年3月11日から現在までの居住地および避難・保養について

①同居のご家族は いますか	1 いない	2 あり 父 母 夫 妻 子ども（ ）人 ほか（ ）
②居住地から 避難しましたか？	1 しない	2 避難した 月 日 月 日 どこからどこへ （ ）→（ ） （ ）→（ ）
③保養に行きまし たか	1 しない	2 保養をした（以下にご記入ください）
		月 日 ～ 月 日 場所（都道府県）
		月 日 ～ 月 日 場所（都道府県）
④現在の住まい	・仮設住宅 ・親戚 知り合いの家 ・賃貸住宅 ・自宅 ・その他	

## 2. 体調、検診、既往歴、家族歴など

⑤現在、症状はありま すか	1 ない	2 ある ・いつ頃から 年 月 日から ・症状
⑥検診を 受けましたか	1 いない	2 受けた（日時： 年 月 日） ・甲状腺エコー ・WBC(ホールボディカウンター) ・血液検査 ・心電図 ・ほか（ ）
⑦検診データは 手元にありますか	1 ない	2 ある
⑧現在、医療機関に かかっていますか	1 いない	2 かかっている 差支えなければ、医療機関名をご記入ください。（ ）

⑨困っていることはありますか	1 なし	2 あり それは、( )
⑩既往歴	1 なし	2 あり 1 麻疹 2 風疹 3 おたふくかぜ 4 水痘 5 手足口病 6 リンゴ病 7 とびひ 8 百日咳 9 しょうこう熱 10 RS ウイルス感染症 11 肺炎 12 結核 (肺 その他) 13 先天性心疾患 14 高血圧 15 起立性低血圧 16 心電図異常 16 気管支ぜんそく 17 慢性気管支 18 じんましん 19 アレルギー性鼻炎 20 花粉症 21 蓄膿症 22 アトピー性皮膚炎 23 慢性湿疹 24 食物アレルギー 25 口内炎 26 口角炎 27 舌炎 28 歯肉炎 29 歯槽膿漏 30 扁桃腺肥大 (手 術有・無) 31 膀胱炎 32 腎臓病 33 髄膜炎 34 骨髄炎 35 白血病 36 甲状腺疾患 37 血小板減少性紫斑病 38 腸重積 39 神経症 40 円形脱毛症 41 虫垂炎 42 糖尿病 43 結膜炎 44 結膜下出血 45 緑内障 46 白内障 47 熱性けいれん 48 てんかん 49 チック 50 がん ( ) 51 先天性疾患 ( ) 52 ほか ( )
⑪家族歴	1 ない	2 あり ・結核 ・がん ・リウマチ ・膠原病 ・糖尿病 ・脳卒中 ・その他 ( )
⑫喫煙歴	1 ない	2 ある ・一日 ( ) 本 ( ) 年
⑬粉じん暴露歴 (アスベストなど)	1 ない	2 ある ( )
⑭職歴	粉じん暴露などある方は、お知らせください ( )	

### 3. 病歴や体調などについて

⑮体調で、気になる症状が ありますか	1 なし	2 あり ⑯⑰⑱にお答えください。
⑯2011年3月～12月 に出た気になる症状	1 鼻血 (右 左) 2 鼻水 (色) 3 下痢 4 腹痛 5 吐き気 6 嘔吐 7 目の下のくま 8 目の異常 (はれ かゆみ ひりひり ) 9 のどや口・鼻の中の痛み (イガイガ チクチク ピリビリ ) 10 咳 (空咳、痰がからんだ咳 ) 11 痰 ( ) 色 12 甲状 腺の腫れ 13 頭痛 14 めまい 15 発熱 16 不眠 17 食欲不振 18 体重減少 19 便秘 20 倦怠感 21 口内炎 22 アレルギー 23 湿疹	

	24 脱毛 25 集中力低下 26 パニック 27 チック 28 不整脈 29 歯痛 30 歯茎(腫れ 出血 ) 31 ほか( )
⑰2012 年から現在の 間で気になる症状	1 鼻血(右 左) 2 鼻水( 色) 3 下痢 4 腹痛 5 吐き気 6 嘔吐 7 目の下のくま 8 目の異常(はれ かゆみ ひりひり ) 9 のどや口・鼻の中の痛み(イガイガ チクチク ピリピリ ) 10 咳(空咳、痰がからんだ咳 ) 11 痰( )色 12 甲状 腺の腫れ 13 頭痛 14 めまい 15 発熱 16 不眠 17 食欲不振 18 体重減少 19 便秘 20 倦怠感 21 口内炎 22 アレルギー 23 湿疹 24 脱毛 25 集中力低下 26 パニック 27 チック 28 不整脈 29 歯痛 30 歯茎(腫れ 出血 ) 31 ほか( )
⑱悪化した症状はあり ますか	1 鼻血(右 左) 2 鼻水( 色) 3 下痢 4 腹痛 5 吐き気 6 嘔吐 7 目の下のくま 8 目の異常(はれ かゆみ ひりひり ) 9 のどや口・鼻の中の痛み(イガイガ チクチク ピリピリ ) 10 咳(空咳、痰がからんだ咳 ) 11 痰( )色 12 甲状 腺の腫れ 13 頭痛 14 めまい 15 発熱 16 不眠 17 食欲不振 18 体重減少 19 便秘 20 倦怠感 21 口内炎 22 アレルギー 23 湿疹 24 脱毛 25 集中力低下 26 パニック 27 チック 28 不整脈 29 歯痛 30 歯茎(腫れ 出血 ) 31 ほか( )

⑲原発事故以前に かかっていた病気 はありましたか	1 なし	2 あり 1 麻疹 2 風疹 3 おたふくかぜ 4 水痘 5 手足口病 6 リンゴ病 7 とびひ 8 百日咳 9 しょうこう熱 10 RS ウイルス感染症 11 肺炎 12 結核(肺 その他) 13 先天性心疾患 14 高血圧 15 起立性低 血圧 16 心電図異常 16 気管支ぜんそく 17 慢性気管支 18 じん ましん 19 アレルギー性鼻炎 20 花粉症 21 蓄膿症 22 アトピー 性皮膚炎 23 慢性湿疹 24 食物アレルギー 25 口内炎 26 口角炎 27 舌炎 28 歯肉炎 29 歯槽膿漏 30 扁桃腺肥大(手術有・無) 31 膀胱炎 32 腎臓病 33 髄膜炎 34 骨髄炎 35 白血病 36 甲状 腺疾患 37 血小板減少性紫斑病 38 腸重積 39 神経症 40 円形脱 毛症 41 虫垂炎 42 糖尿病 43 結膜炎 44 結膜下出血 45 緑内障 46 白内障 47 熱性けいれん 48 てんかん 49 チック 50 がん( ) 51 先天性疾患( ) 52 ほか( )
⑳原発事故後に かかった病気はあ りますか	1 なし	2 あり 1 麻疹 2 風疹 3 おたふくかぜ 4 水痘 5 手足口病 6 リンゴ病 7 とびひ 8 百日咳 9 しょうこう熱 10 RS ウイルス感染症 11 肺炎

		12 結核（肺 その他） 13 先天性心疾患 14 高血圧 15 起立性低血圧 16 心電図異常 16 気管支ぜんそく 17 慢性気管支 18 じんましん 19 アレルギー性鼻炎 20 花粉症 21 蓄膿症 22 アトピー性皮膚炎 23 慢性湿疹 24 食物アレルギー 25 口内炎 26 口角炎 27 舌炎 28 歯肉炎 29 歯槽膿漏 30 扁桃腺肥大（手術有・無） 31 膀胱炎 32 腎臓病 33 髄膜炎 34 骨髄炎 35 白血病 36 甲状腺疾患 37 血小板減少性紫斑病 38 腸重積 39 神経症 40 円形脱毛症 41 虫垂炎 42 糖尿病 43 結膜炎 44 結膜下出血 45 緑内障 46 白内障 47 熱性けいれん 48 てんかん 49 チック 50 がん（ ） 51 ほか（ ）
--	--	--

#### 4. 生活環境や生活習慣について

②① 飲食について とくに気をつけて いますか	1 気にして いない	2 ときどき 気をつけて いる	3 しばしば 気をつけて いる	4 いつも 気をつけ ている	どんなことに気をつけま すか
②② マスクをつける ようにしています か	1 つけない	2 ときどき つける	3 しばしば つける	4 いつも つける	
②③ その他、気をつ けていることは？	1 ない	2 ある ( )			
②④ 屋外での活動、 遊び、スポーツなど	1 なし	2 あり ・散歩 ・スポーツ ( ) ・ほか ( ) ・屋外での活動開始時期 ( ) 年 ( ) 月以降 ・屋外での活動時間：1日 ( ) 時間くらい 週に ( ) 回			