

# プレコンセプションケア 問診表

検査結果説明および助言・相談を行うための基礎資料として使用します

該当する項目に☑または記入してください

## I. 基本情報 (全員)

氏名	:	
生年月日	:	年 月 日 ( 歳)
性別	:	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
身長	:	cm
体重	:	kg
BMI	:	体重kg / (身長m × 身長m)
血圧	:	/ mmHg
(女性) 最終月経日	:	年 月 日 ~

## II. 生活習慣について (全員)

### 1. 喫煙

吸わない  過去に吸っていた ( \_\_\_\_\_ 歳 ~ \_\_\_\_\_ 歳)

現在吸っている (1日 \_\_\_\_\_ 本)

### 2. 飲酒

飲まない  時々飲む (週 \_\_\_\_\_ 回)

ほぼ毎日 (1日 \_\_\_\_\_ 合 / 本)

### 3. 運動習慣

ほぼしない  週1~2回  週3回以上

### 4. 睡眠

平均睡眠時間: \_\_\_\_\_ 時間

よく眠れている  眠りが浅い / 不眠がある

## III. 既往歴・現在の病気 (全員)

以下について、該当があれば☑してください

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 高血圧           | <input type="checkbox"/> 糖尿病               | <input type="checkbox"/> 脂質異常症           |
| <input type="checkbox"/> 腎臓病           | <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患             | <input type="checkbox"/> 肝臓病 (B型・C型肝炎含む) |
| <input type="checkbox"/> 貧血            | <input type="checkbox"/> 性感染症の既往 ( _____ ) |  |
| <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) |  |  |

現在治療中・内服中の薬があれば記入してください

(サプリメント・漢方含む)

--

裏面へ続く

