

# ② MB 検査 問診票

医療機関名	苫小牧東病院
採血日	
検体 No	

必ず記入してください⇒ ◎氏名:

No	質問項目	回答
1	この1か月以内に何らかのワクチン接種をしましたか？ (例:新型コロナワクチン、インフルエンザワクチン等)	1. はい ワクチンの種類→ _____ 接種日 _____ 年 月 日 2. いいえ
2	これまでの職場でアスベストや六価クロム等を吸引する可能性のあるお仕事(解体業、塗装業等)に就いたことがありますか？	1. はい(職種 _____ 年間) 2. いいえ
3	現在、タバコを吸っていますか？受動喫煙環境にありますか？	1. はい( _____ 本/日) 2. 以前吸っていた 3. いいえ 4. 受動喫煙環境にある
4	現在、高血圧症で治療(服薬・定期検査)を受けていますか？	1. はい(治療内容 _____) 2. いいえ
5	これまでに糖尿病や慢性炎症(潰瘍性大腸炎や慢性胆嚢炎)の診断や治療を受けたことがありますか？	1. 治療中(病名 _____) 2. 以前( _____ 年前、病名 _____) 3. いいえ
6	現在、腎臓の機能低下または障害をお持ちでしょうか？ (腎臓に係る何等かの治療の有無)	1. はい(病名: _____) 2. いいえ
7	これまでに肝臓病(肝機能障害、肝炎、肝硬変、脂肪肝など)や慢性膵炎の診断や治療を受けたことがありますか？	1. 治療中(病名 _____) 2. 以前( _____ 年前、病名 _____) 3. いいえ
8	現在、目の病気(黄斑変性症、白内障、緑内障など)で治療(点眼や定期的な検査を含む)を受けていますか？	1. はい(病名 _____) 3. いいえ
9	過去1年以内に外科手術(骨折治療や内視鏡手術を含む)を受けていますか？	1. はい(病名 _____) 2. いいえ
10	便通の頻度・排便状況につき、該当するものに○をしてください	1. 1日1~3回 2. 2~3日に1回 3. 4日以上で1回 4. 下痢が多い 5. 下痢と便秘を繰り返す 6. 出血や腹痛を伴う 7. 便の色が灰白色
11	排尿の状況につき、該当するものに○をしてください	1. 1日8回以上トイレに行く 2. 夜間トイレのため起きる 3. 尿が出にくい・勢いが弱い 4. 残尿感がある 5. 排尿時に痛みがまれにある 6. 尿の色が濃い黄色・褐色・ピンク色
12	(女性のみ) 現在、乳腺症や石灰化など乳に係る炎症、乳房のしこり・痛みなどの自覚症状がありますか？また生理以外での出血・下腹部の痛みなどの自覚症状はありますか？	1. はい(いつから _____) (症状内容 _____) 2. いいえ
13	これまでに“がん”の診断や治療を受けたことがありますか？ (例: がん種:乳がん 治療内容:手術、抗がん剤、放射線)	1. はい( _____ 年前、がん種 _____) 治療内容 _____ 2. いいえ
14	過去1年以内に他のがん検診・検査を受けた経験がありますか？(「はい」の方は検診名に○をしてください)	1. はい(肺 X 線、胃バリウム、胃カメラ、大腸検便、大腸カメラ、腹部エコー検査、乳マンモグラフィ、子宮細胞診、子宮エコー検査、PSA 検査、PET 検査、ABC 検診) 2. いいえ
15	3親等内の親族でがんを発症した方はいらっしゃいますか？ その方との続柄と発症したがんの種類、その方ががんを発症した時の年齢(例 60歳代)をお教えてください	1. はい(続柄 _____、がん種 _____、発症年齢 _____ 歳代) (続柄 _____、がん種 _____、発症年齢 _____ 歳代) (続柄 _____、がん種 _____、発症年齢 _____ 歳代) 2. いいえ
16	現在、服用中のお薬を病名・おクスリ名をご記入ください ご病気が3つ以上の場合は欄外にもご記入願います	<病名2> _____ おクスリ名1 _____ おクスリ名2 _____ おクスリ名3 _____ おクスリ名4 _____