Comprehensive Health Checkup Questionnaire

人間ドック問診票

1. Personal Information (基本情報)

Full Name (氏名)	
Date of Birth (生年月日)	Year (年) _____ / Month (月) _____ / Day (日) _____
Age / Gender (年齢 / 性別)	Age (年齢): _____ ☐ Male (男) ☐ Female (女) ☐ Other (その他)
Address (現住所)	
Phone Number (電話番号)	
Emergency Contact (緊急連絡先)	Name (氏名): _____ Phone (電話): _____

2. Current Symptoms (現在の症状)

Do you currently have any concerning symptoms? (現在、気になる症状はありますか？)

☐ **No** (特になし) ☐ **Yes** (あり) → *Please check all that apply (以下で該当するものにチェックしてください):*

☐ Headache (頭痛)
☐ Stomachache / Heartburn (腹痛・胸焼け)
☐ Bloody stool (血便)
☐ Dizziness / Vertigo (めまい)
☐ Nausea / Vomiting (吐き気・嘔吐)
☐ Fatigue / Sluggishness (だるさ・倦怠感)
☐ Palpitations / Chest pain (動悸・胸痛)
☐ Diarrhea / Constipation (下痢・便秘)
☐ Unexplained weight loss/gain (体重増減)
☐ Cough / Sputum (咳・痰)
☐ Shortness of breath (息切れ)
☐ Joint pain / Back pain (関節痛・腰痛)
☐ Other (その他): _____

3. Medical History & Current Medications (既往歴・内服薬)

Q1. Have you ever been diagnosed with any of the following illnesses? (これまでに以下の病気と診断されたことはありますか？)

- ☐ High blood pressure (高血圧)
- ☐ Stroke / Cerebral infarction (脳卒中・脳梗塞)
- ☐ Asthma / Lung disease (喘息・肺疾患)
- ☐ Diabetes (糖尿病)
- ☐ Cancer / Tumor (がん・腫瘍)
  → Type (部位): _____
- ☐ Kidney disease (腎臓病)
- ☐ Dyslipidemia (脂質異常症)
- ☐ Liver disease (肝臓病)
- ☐ Heart disease (心臓病)
- ☐ Other (その他): _____

Q2. Are you currently taking any medications or supplements? (現在、服用中のお薬やサプリメントはありますか？)

☐ No (なし) ☐ Yes (あり) → Please specify (製品名など): _____

*Note: If you take blood thinners (e.g., Aspirin, Warfarin), please inform us before endoscopy.
(注意：抗凝固薬・抗血小板薬を服用中の場合は、内視鏡検査前に必ずお申し出ください。)

Q3. Do you have any allergies (Medication, Food, Contrast media, Latex, etc.)? (アレルギーはありますか？)

☐ No (なし) ☐ Yes (あり) → Details (具体的な内容): _____

4. Family History (家族歴)

*Have any of your blood relatives (parents, siblings, grandparents) had the following diseases? (*血縁関係のあるご家族に、以下の病気にかかった方はいますか？*)*

- ☐ High blood pressure (高血圧)
- ☐ Heart disease (心臓病)
- ☐ Cancer (がん)
  → Relation & Type (続柄・部位): _____
- ☐ Diabetes (糖尿病)
- ☐ Stroke (脳卒中)

5. Lifestyle & Habits (生活習慣)

Smoking (喫煙)

☐ Never smoked (吸わない)
☐ Ex-smoker (過去に吸っていたが禁煙した)
☐ Current smoker (現在吸っている): _____ cigarettes/day for _____ years

Alcohol (飲酒)

☐ Non-drinker (飲まない) ☐ Occasional drinker (機会飲酒)
☐ Regular drinker (習慣的に飲む): _____ days/week

Exercise (運動)

Do you exercise at least 30 minutes per day, 2 days a week?
☐ Yes (はい) ☐ No (いいえ)

Sleep (睡眠)

Do you get sufficient rest from your sleep? (睡眠で十分な休養がとれていますか？)
☐ Yes (はい) ☐ No (いいえ)

6. For Women Only (女性の方へ)

1. Are you or is there a possibility that you are pregnant? (妊娠中、または妊娠の可能性はありますか？)

☐ No (いいえ) ☐ Yes (はい) ☐ Unsure (不明)

2. Are you currently breastfeeding? (現在、授乳中ですか？)

☐ No (いいえ) ☐ Yes (はい)

3. When was the first day of your last menstrual period? (最後の月経の開始日はいつですか？)

Date (日付): _____ ☐ Postmenopausal (閉経)