

Please fill out this form and bring it with you when you visit Meiji Yasuda Shinjuku Medical Examination Center.

On the day of your medical examination, our staff will enter your medical history into a tablet. It will take some time to input the contents of the medical questionnaire onto the tablet, so we appreciate your patience.

センターを受診する際に、問診票を記入してお持ちください。健診当日にスタッフによるタブレットへの入力が必要です。問診票の内容をタブレットに入力するまで少しお時間がかかりますので、ご辛抱いただけると幸いです。

Standard medical questionnaire (標準問診票)

Question I

- (1) Were you required to undergo further investigation and (or) treatment after your annual health check? ☐ Yes ☐ No
過去1年以内に精密検査を受けたことはありますか
- (2) Have you had a operation within one year? ☐ Yes ☐ No
1年以内の手術歴はありますか
- (3) Have you ever had H. pylori eradication treatment? ☐ Yes ☐ No
ピロリ菌の除菌治療 歴はありますか

Question II

II-1 Medical history 既往歴についてお答えください

- ☐ Nothing particular(特になし)
- ☐ Hypertension(高血圧)
Age of onset : (years old) 既往歴(年齢)
Present status: ☐ under regular treatment or check up at medical institution(治療中)
☐ have been diagnosed in the past(過去に診断されたことがある)
- ☐ Diabetes(糖尿病)
Age of onset : (years old) 既往歴(年齢)
Present status: ☐ under regular treatment or check up at medical institution(治療中)
☐ have been diagnosed in the past(過去に診断されたことがある)
- ☐ Hyperlipemia(脂質異常)
Age of onset : (years old) 既往歴(年齢)
Present status: ☐ under regular treatment or check up at medical institution(治療中)
☐ have been diagnosed in the past(過去に診断されたことがある)
- ☐ Gout(痛風・高尿酸血症)
Age of onset : (years old) 既往歴(年齢)
Present status: ☐ under regular treatment or check up at medical institution(治療中)
☐ have been diagnosed in the past(過去に診断されたことがある)
- ☐ Heart diseases(心臓病)
Age of onset : (years old) 既往歴(年齢)
Present status: ☐ under regular treatment or check up at medical institution(治療中)
☐ have been diagnosed in the past(過去に診断されたことがある)
- ☐ Arrhythmia(不整脈)
Age of onset : (years old) 既往歴(年齢)
Present status: ☐ under regular treatment or check up at medical institution(治療中)
☐ have been diagnosed in the past(過去に診断されたことがある)

- ☐ Angina pectoris(狭心症)
Age of onset : (years old) 既往歴(年齢)
Present status: ☐ under regular treatment or check up at medical institution(治療中)
 ☐ have been diagnosed in the past(過去に診断されたことがある)
- ☐ Myocardial infarction(心筋梗塞)
Age of onset : (years old) 既往歴(年齢)
Present status: ☐ under regular treatment or check up at medical institution(治療中)
 ☐ have been diagnosed in the past(過去に診断されたことがある)
- ☐ Cerebral hemorrhage(脳出血)
Age of onset : (years old) 既往歴(年齢)
Present status: ☐ under regular treatment or check up at medical institution(治療中)
 ☐ have been diagnosed in the past(過去に診断されたことがある)
- ☐ Cerebral infarction(脳梗塞)
Age of onset : (years old) 既往歴(年齢)
Present status: ☐ under regular treatment or check up at medical institution(治療中)
 ☐ have been diagnosed in the past(過去に診断されたことがある)
- ☐ Cerebral aneurysm(脳動脈瘤)
Age of onset : (years old) 既往歴(年齢)
Present status: ☐ under regular treatment or check up at medical institution(治療中)
 ☐ have been diagnosed in the past(過去に診断されたことがある)
- ☐ Other aneurysm(その他の動脈瘤)
Age of onset : (years old) 既往歴(年齢)
Present status: ☐ under regular treatment or check up at medical institution(治療中)
 ☐ have been diagnosed in the past(過去に診断されたことがある)
- ☐ Aortic dissection(大動脈解離)
Age of onset : (years old) 既往歴(年齢)
Present status: ☐ under regular treatment or check up at medical institution(治療中)
 ☐ have been diagnosed in the past(過去に診断されたことがある)
- ☐ Hepatitis B or C(B型・C型肝炎)
Age of onset : (years old) 既往歴(年齢)
Present status: ☐ under regular treatment or check up at medical institution(治療中)
 ☐ have been diagnosed in the past(過去に診断されたことがある)
- ☐ Liver cirrhosis , Chronic hepatitis(肝硬変・慢性肝炎)
Age of onset : (years old) 既往歴(年齢)
Present status: ☐ under regular treatment or check up at medical institution(治療中)
 ☐ have been diagnosed in the past(過去に診断されたことがある)
- ☐ Rheumatism, Collagen diseases(リウマチ・膠原病)
Age of onset : (years old) 既往歴(年齢)
Present status: ☐ under regular treatment or check up at medical institution(治療中)
 ☐ have been diagnosed in the past(過去に診断されたことがある)
- ☐ Chronic kidney diseases(慢性腎疾患)
Age of onset : (years old) 既往歴(年齢)
Present status: ☐ under regular treatment or check up at medical institution(治療中)
 ☐ have been diagnosed in the past(過去に診断されたことがある)
- ☐ Hemodialysis(血液透析)
Age of onset : (years old) 既往歴(年齢)
Present status: ☐ under regular treatment or check up at medical institution(治療中)
 ☐ have been diagnosed in the past(過去に診断されたことがある)
- ☐ Anemia(貧血)
Age of onset : (years old) 既往歴(年齢)

- Present status: ☐ under regular treatment or check up at medical institution(治療中)
☐ have been diagnosed in the past(過去に診断されたことがある)
- ☐ Upper gastro intestinal disorders(上部消化管疾患)
 Age of onset : (years old) 既往歴(年齢)
 Present status: ☐ under regular treatment or check up at medical institution(治療中)
☐ have been diagnosed in the past(過去に診断されたことがある)
- ☐ Ulcerative colitis・Crohn's disease(潰瘍性大腸炎・クローン病)
 Age of onset : (years old) 既往歴(年齢)
 Present status: ☐ under regular treatment or check up at medical institution(治療中)
☐ have been diagnosed in the past(過去に診断されたことがある)
- ☐ Intestinal obstruction/Diverticulitis(腸閉塞・憩室炎)
 Age of onset : (years old) 既往歴(年齢)
 Present status: ☐ under regular treatment or check up at medical institution(治療中)
☐ have been diagnosed in the past(過去に診断されたことがある)
- ☐ Asthma(喘息)
 Age of onset : (years old) 既往歴(年齢)
 Present status: ☐ under regular treatment or check up at medical institution(治療中)
☐ have been diagnosed in the past(過去に診断されたことがある)
- ☐ Prostatic hypertrophy(前立腺肥大)
 Age of onset : (years old) 既往歴(年齢)
 Present status: ☐ under regular treatment or check up at medical institution(治療中)
☐ have been diagnosed in the past(過去に診断されたことがある)
- ☐ Thyroid diseases(甲状腺疾患)
 Age of onset : (years old) 既往歴(年齢)
 Present status: ☐ under regular treatment or check up at medical institution(治療中)
☐ have been diagnosed in the past(過去に診断されたことがある)
- ☐ Respiratory disease(呼吸器の病気)
 Age of onset : (years old) 既往歴(年齢)
 Present status: ☐ under regular treatment or check up at medical institution(治療中)
☐ have been diagnosed in the past(過去に診断されたことがある)
- ☐ Blood disease(血液の病気)
 Age of onset : (years old) 既往歴(年齢)
 Present status: ☐ under regular treatment or check up at medical institution(治療中)
☐ have been diagnosed in the past(過去に診断されたことがある)
- ☐ Osteoporosis(骨粗鬆症)
 Age of onset : (years old) 既往歴(年齢)
 Present status: ☐ under regular treatment or check up at medical institution(治療中)
☐ have been diagnosed in the past(過去に診断されたことがある)
- ☐ Glaucoma/Ocular hypertension(緑内障・高眼圧症)
 Age of onset : (years old) 既往歴(年齢)
 Present status: ☐ under regular treatment or check up at medical institution(治療中)
☐ have been diagnosed in the past(過去に診断されたことがある)
- ☐ Mental illness(including insomnia)(精神疾患(不眠も含む))
 Age of onset : (years old) 既往歴(年齢)
 Present status: ☐ under regular treatment or check up at medical institution(治療中)
☐ have been diagnosed in the past(過去に診断されたことがある)
- ☐ Other ; Non cancer diseases(がん以外その他)
 Age of onset : (years old) 既往歴(年齢)
 Present status: ☐ under regular treatment or check up at medical institution(治療中)
☐ have been diagnosed in the past(過去に診断されたことがある)

II-2 If you chose <other aneurysm>, please fill out the type of your aneurysm.

「その他の動脈瘤」の既往歴を入力した方は、動脈瘤の種類を選択してください。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> carotid artery aneurysm(頸動脈瘤) | <input type="checkbox"/> Thoracic aortic aneurysm(胸部大動脈瘤) |
| <input type="checkbox"/> abdominal aortic aneurysm(腹部大動脈瘤) | <input type="checkbox"/> renal artery aneurysm(腎動脈瘤) |
| <input type="checkbox"/> splenic artery aneurysm(脾動脈瘤) | <input type="checkbox"/> others(or unknown)(その他、不明) |

II-3 If you chose <Heart disease>, please fill out the diagnosis.

「心臓病」の既往歴を入力した方は、診断名をご入力してください

Diagnosis () 病名

II-4 If you chose <respiratory disease>, please fill out the diagnosis.

「呼吸器の病気」の既往歴を入力した方は、病名をご入力してください

Diagnosis () 病名

II-5 If you chose <blood disease>, please fill out the diagnosis.

「血液の病気」の既往歴を入力した方は、病名をご入力してください

Diagnosis () 病名

II-6 If you chose <mental disease>, please fill out the diagnosis.

「精神疾患(不眠も含む)」の既往歴を入力した方は、病名をご入力してください

Diagnosis () 病名

II-7 If you chose <Other ; Non cancer diseases>, please fill out the diagnosis.

「がん以外その他」の既往歴を入力した方は、病名をご入力してください

Diagnosis () 病名

II-8 Have you ever had any cancer before?

がんの既往歴はありますか

Diagnosis () 病名

< If you have a history of cancer , please fill out II-9~II-10. >

II-9 Please select cancer site , age and surgical or medical treatment history.

がんの既往歴のある方は、以下を入力してください

Cancer site 部位 ()
Age 年齢 ()
Surgical or medical treatment history 手術・治療歴 ()

II-10 Please fill out the disease name.

病名を入力してください

Diagnosis () 病名

II-11 Have you ever had a non-cancer surgery?

がん以外の手術歴はありますか

☐ Yes ☐ No

< If you have a history of non-cancer surgery, please fill out II-12~II-13. >

II-12 If you have had non-cancer surgery, please fill out the surgical site and age at time of surgery.

がん以外の手術歴のある方は、手術部位と手術時年齢を入力してください

Cancer site 部位 ()

Age 年齢 ()

II-13 If you have had non-cancer surgery, please fill the disease name or surgery name.

がん以外の手術歴のある方は、病名もしくは術名を入力してください

Diagnosis () 病名

Question III

III-1 Have you been regularly taking the following medications?

現在継続して使用している薬がありますか？

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nothing particular(該当なし) | <input type="checkbox"/> Anti hypertensive medication(降圧剤) |
| <input type="checkbox"/> Insulin injection or diabetes medication
(インスリン注射・血糖降下剤) | <input type="checkbox"/> Anti-cholesterol or -triglyceride drugs
(コレステロール・中性脂肪降下剤) |
| <input type="checkbox"/> Anti hyperuricemia(尿酸降下剤) | <input type="checkbox"/> Anticoagulants(抗凝固剤) |
| <input type="checkbox"/> Sleeping pills(睡眠薬) | <input type="checkbox"/> others(その他)() |

III-2 If you chose < others > , please fill out the name of your taking medication.

「その他」にチェックをされた方は、使用している薬を入力してください

()

Question IV

Have your family or blood relatives ever been treated for known any indication of the following diseases?
※Family and blood relatives : Parents, brothers and sisters, grandparents, uncles and aunts etc, with 3rd degree of kinship.

血のつながった家族・親族の中に次の病気にかかった人がいますか？

※家族・親族：両親、兄弟姉妹、祖父母、おじ、おば等3親等以内

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nothing(or unknown)(該当なし 又は不明) | <input type="checkbox"/> Stroke(脳卒中) |
| <input type="checkbox"/> Angina pectoris , Myocardial infarction
(狭心症・心筋梗塞) | <input type="checkbox"/> Hypertension(高血圧) |
| <input type="checkbox"/> Liver diseases(肝臓病) | <input type="checkbox"/> Asthma(喘息) |
| <input type="checkbox"/> Kidney diseases(腎臓病) | <input type="checkbox"/> Diabetes(糖尿病) |
| <input type="checkbox"/> Joint rheumatism , Collagen diseases
(関節リウマチ・膠原病) | <input type="checkbox"/> Hyperlipidemia(脂質異常症(高脂血症等)) |
| <input type="checkbox"/> Thyroid diseases(甲状腺の病気) | <input type="checkbox"/> Cancers(がん) |
| <input type="checkbox"/> Sudden death before 50years(50歳未満の突然死) | <input type="checkbox"/> Other rare diseases(その他まれな病気)
() |

Question V

In the past examination, have you ever :

過去に検査を受けて具合が悪くなったことや検査に注意することがありますか？

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nothing particular(特になし) | <input type="checkbox"/> Felt ill while drawing blood
(採血で気分が悪くなったことがある) |
| <input type="checkbox"/> Often choke on meals
(ふだんの食事で頻繁にむせる) | |
| <input type="checkbox"/> Felt abdominal unwellness during gastrointestinal tract examination?
The barium was not excreted for several days. (バリウムアレルギー) | |
| <input type="checkbox"/> Used a pace-maker(ペースメーカー使用) | <input type="checkbox"/> Felt ill during general anesthesia
(麻酔で気分が悪くなったことがある) |
| <input type="checkbox"/> Been allergic to alcohol sponge
(アルコール綿アレルギー) | <input type="checkbox"/> Been allergic to rubber(ゴムアレルギー) |

Question VI

VI-1 Subjective symptoms 自覚症状

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nothing particular(特になし) | <input type="checkbox"/> Palpitation(動悸) |
| <input type="checkbox"/> Shortness of breath(息切れ) | <input type="checkbox"/> Chest pain(胸痛) |
| <input type="checkbox"/> Heart burn(胸やけ) | <input type="checkbox"/> Headache(頭痛) |
| <input type="checkbox"/> Abdominal pain(腹痛) | <input type="checkbox"/> Cough and expectoration
(せき、たんがよく出る) |
| <input type="checkbox"/> Dizziness(めまい、たちくらみ) | <input type="checkbox"/> Edema of hands and legs(手足のむくみ) |
| <input type="checkbox"/> Numbness of hands and legs(手足のしびれ) | <input type="checkbox"/> Feeling of residual urine(残尿感) |
| <input type="checkbox"/> Diarrhea(下痢) | <input type="checkbox"/> others(その他) |

VI-2 Please mention any symptoms of which you are worry.

「その他」の自覚症状で気になる症状があればご記入ください。

()

VI-3 Do you have any symptoms of constipation (no bowel movements for the past 3 days)?

「その他」の自覚症状で気になる症状があればご記入ください。

☐ Yes ☐ No

VI-4 Do you have a constitution that causes symptoms of facial flushing, nausea, palpitations, and headache with a small amount of alcohol, as little as a glass of beer?

フラッシュャー(ビールコップ1杯程度の少量の飲酒で起きる、顔面紅潮・吐き気・動悸・眠気・頭痛などが生じる体質の人)と指摘されたことがありますか

☐ Yes ☐ No

Question VII Questionnaire on specific health examination 特定健診質問

VII-1 Do you have a smoking habit at present?

(※Those who smoke at least 100 cigarettes a day or have smoked for more than 6 months, including the past one month, are requested to check the box of yes.) 現在、たばこを習慣的に吸っていますか

☐ Yes

- ☐ You used to smoke , but haven't smoked in the past month.
(※Those who smoke at least 100 cigarettes a day or have smoked for more than 6 months)
以前は吸っていたが、最近1ヶ月間は吸っていない
- ☐ No (Other than those above)

VII-2 Have you gained weight by more than 10kg since you were 20 years old?
20歳の時の体重から10kg以上増加している

☐ Yes ☐ No

VII-3 Do you exercise for more than 30 minutes at least twice a week over one year?
1回30分以上の軽い汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している

☐ Yes ☐ No

VII-4 Do you continue walking or do similar physical activities for more than an hour in your daily life?
日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施している

☐ Yes ☐ No

VII-5 Do you walk faster than the people of the same age and sex?
ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い

☐ Yes ☐ No

VII-6 How is your current chewing state?
食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか

- ☐ Can chew anything 何でもかんで食べることができる
- ☐ Have difficulty in chewing due to tooth, gum, or bite problems
歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある
- ☐ Can hardly chew ほとんどかめない

VII-7 Do you eat faster than average people?
人と比較して食べる速度が速い

☐ Speedy(早い) ☐ Normal(普通) ☐ Slow(遅い)

VII-8 Do you eat dinner within 2 hours before bedtime at least 3 times a week?
就寝時の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある

☐ Yes ☐ No

VII-9 Do you take snacks or sugary drinks other than regular meals?
朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか

☐ Everyday(毎日) ☐ Sometimes(時々) ☐ Seldom(ほとんど摂取しない)

VII-10 Do you skip breakfast at least 3 times a week?

朝食を抜くことが週に3回以上ある

☐ Yes ☐ No

VII-11 How many times a week do you drink alcohol?

(※“Quit” means, persons who don’t drink alcohol in the last year or more among who have opportunity of drinking at least once a month in the past.)

お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどのくらいですか

(※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Everyday(毎日) | <input type="checkbox"/> 5～6 times/week(週5～6日) | <input type="checkbox"/> 3～4 times/week(週3～4日) |
| <input type="checkbox"/> 1～2 times/week(週1～2日) | | <input type="checkbox"/> 1～3 times/month(月1～3日) |
| <input type="checkbox"/> Less than once a month(月に1日未満) | | <input type="checkbox"/> Quit(やめた) |
| <input type="checkbox"/> No drink at all(Unable to drink)(飲まない または 飲めない) | | |

VII-12 How much do you drink per day?

Sake(15%,180ml), beer(5%,500ml), Shochu(25%,110ml), double whisky (43%,60ml), wine(14%,180ml), Carbonated shochu (5%・500ml, 7%・350ml)

飲酒日の1日当たりの飲酒量

日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安:ビール(同5度・500ml)、焼酎(同25度・約110ml)、ワイン(同14度・180ml)、ウイスキー(同43度・60ml)、缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Less than 180 ml(1合未満) | <input type="checkbox"/> 180～360ml(1～2合未満) |
| <input type="checkbox"/> 360～540ml(2～3合未満) | <input type="checkbox"/> 540～720ml(3～5合未満) |
| <input type="checkbox"/> More than 720ml(5合以上) | |

VII-13 Do you get enough rest through sleep?

睡眠で休養が十分とれている

☐ Yes ☐ No

VII-14 Do you want to improve your life habits of eating and exercising?

運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか 該当するものにチェックを1つ付けてください

- ☐ No 改善するつもりはない
- ☐ Yes(within 6 months)改善するつもりである(概ね6ヶ月以内)
- ☐ Already trying to improve(less than 6 months) 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満)
- ☐ Already trying to improve(Over than 6 months) 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)
- ☐ Yes in the near future(within a month)
近いうちに(概ね1ヶ月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている

VII-15 Have you ever got(gotten) a advice for improving your life style?

生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか

☐ Yes ☐ No

※ Only women, please answer the last question.

最後の質問には女性の方のみお答えください

Question VIII

Are you pregnant or possibly pregnant?

妊娠または、妊娠の可能性はありますか

☐ Yes ☐ No