



Acasia HealthCheck

亞惠健診

in association with

Cabrini Health

Acasia International Pty Ltd ABN 12 055 159 647

183 Wattletree Road, Malvern, Victoria

PO Box 605, Malvern, Victoria 3144, Australia

Telephone 0413 75 2334

Facsimile 9813 5544

検診問診票

QUESTIONNAIRE

NAME: _____

APPOINTMENT:

Time 08:30 a.m. 09:00 a.m.

Date 201__年__月__日__曜日

この問診票は検診の結果を判定と、今後の健康管理の助言のために貴重な資料となりますので、なるべく詳細且つ正確に、そして正直にご記入下さい。あなたの個人データは厳重に保管されます。

www.acasia.com.au

healthcheck@acasia.com.au

PERSONAL DATA

Name(お名前): _____ (漢字) _____ (ローマ字)
D.O.B.(生年月日): _____ (日 day) / _____ (月 month) / _____ (年 year)
Age(年齢): _____ Sex(性別): Male / Female e-mail _____
Address(ご住所): _____
_____ Postal code _____
自宅 電話 _____ 携帯 _____
会社 電話: _____ Facsimile _____
Company Name(会社名): _____ (漢字)
_____ (英語)
Address(所在地): _____
_____ Postal code _____
Occupation(ご職業): _____ (漢字) _____ (英語)
(役職): _____
Marital Status: ⇒ ○で囲む。 Married(既婚) / Single(独身) / Others(その他)
How many children do you have?(お子さんの数) if any _____ Age(年齢): ① _____ ② _____ ③ _____
When did you come to live in Australia?(来豪は、いつですか) _____ 年 Y 月 M
How long will your stay in Australia be?(豪州のご滞在はあと何年ですか): _____ 年 Y
Do you live here alone or with family? ⇒ ○で囲む。 Alone(単身赴任) With family(家族帯同)
When and where did you have your last health-check?(前回の健康診断は、いつ頃どこで受けましたか) _____ 年 Y 月 M Japan, Melbourne, 他国 etc (_____)
How long have you lived away from Japan in total?(海外生活は通算何年ですか) _____ 年 Y

健康診断に先立ち — ご注意頂く事項

- 1 検査当日の朝食は抜いてください。(前夜 12 時以降は、絶食して下さい。)
胃のバリウム検査を受けない場合のみ、水は少量であれば構いません。コーヒー、紅茶、緑茶、ジュース、牛乳等は厳禁です。また、タバコ、ガムも控えてください。
- 2 来院後、最初に採尿をしていただきます。
- 3 検査当日の朝は過激な運動を控えてください。
- 4 亜恵健診を初受診の方は、前回(他施設)の健診報告書をご持参ください。
- 5 検査予約日のご都合が悪くなった場合、或いはキャンセルの場合にはできるだけ早くご連絡ください。 予約日時から48時間以内のキャンセルの場合解約料が発生します。
- 6 健診当日朝の緊急連絡は Tel: 0413 75 2334 (日本語です)までお寄せください。
- 7 駐車場は別図をご参照ください。(Melway Map 59 C9)(有料)
- 8 健康診断の所要時間は、約3時間です。
- 9 亜恵健診の website www.acasia.com.au にも詳細の記載があります。ご照会下さい。

問診票は日本語での記入も可です。

1. 既往歴 (Past Medical History)

いつ頃、どのような病気であったか、幼児時代から現在までの、主な病歴を記入下さい。

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

過去に外科手術あるいは内科的入院経験があれば詳しくお書き下さい。

(Please mention in detail if you have had experience of major surgery or hospital admission.)

2 家族歴 (Family history)

家族歴の把握は、遺伝の観点から医師の注意を喚起します。なるべく詳しく記入下さい。

関係 <u>Relation</u>	生存 (現在年齢) <u>Present age</u>	経過した主な病気 <u>Major illness</u>	死亡の場合 (年齢、病名) <u>If died, age & causes</u>
父 Father			
母 Mother			
兄弟姉妹 Sibling			
父方 Paternal G. Parents	祖父GF		
	祖母GM		
母方 Maternal G. Parents	祖父GF		
	祖母GM		
その他血族 Others			

なお、伯父、叔母等の血族の方に次に挙げる病気の方があれば、前頁の「その他血族」の欄に記入ください。

高血圧 (hypertension)、糖尿病 (diabetes)、心臓病 (heart disease)、結核(T.B.)
ガン (cancer)----臓器、手術の有無、経過等の詳細を可能な限り記入下さい。

脳卒中(brain stroke)、脳出血 (brain hemorrhage)、脳梗塞 (brain infarction)

3 現病歴(present symptoms)

最近3ヶ月以内の下欄記載の症状について、その有無の欄に○印をつけて下さい。

(Have you experienced any of the following in the last three months?)

症状がある場合その時期と状況を記入下さい。 If yes, in detail (e.g. when, how)

症状 Symptoms	有 Yes	無 No	詳細 (いつ頃、状況) Details
上腹部痛 / Epigastric pain			
下腹部痛/ Lower abdominal pain			
胸焼け / Heart burn			
食欲低下 / Appetite loss			
吐き気、嘔吐 / Nausea, Vomiting			
便秘 / Constipation			
下痢 / Diarrhea			
痔出血 / Anal bleeding			
胸痛 / Chest pain			
動悸 / Heart palpitation			
息切れ / Short of breath			
腰痛 / Back pain			
皮膚湿疹 / Skin rash			
下肢のむくみ / Edema			
風邪、感冒/ Common cold, Flu			
体重増減 / Change in weight			Increased or decreased by Kg
泌尿器系症状 / Urinary Symptoms			
その他 / Others			

4 外用水薬、漢方薬、薬草、香草(ハーブ)などを、現在使用していますか ?

(Current medication / lotions / potions / herbs etc. ?) Yes / No

- 5 薬品アレルギーについて。(Are you allergic to any drugs?) Yes / No
もし ありましたら 詳細を記入ください。(If yes, please mention in detail)
例 e.g. ペニシリン(penicillin) ショック(shock) バンドエイド(Band aids)

- 6 その他のアレルギー (other allergies)

花粉症 (hay fever) Yes / No
食べ物 - ミルク、魚、小麦等 (milk, fish, wheat, etc.)

- 7 現在常用の薬があれば、記入ください。(Are you taking any medication?)

e.g. 降圧剤、睡眠剤、安定剤、抗生物質、下剤、ビタミン剤等 Yes / No
(Antihypertensive, Sleeping pills, Relaxants, Antibiotics, Laxatives, Vitamins etc.)

* できれば常用薬を函ごと持参下さい。

- 8 歯の定期検査は、受けていますか？

(Do you have a dental examination regularly?) Yes / No
頻度は。(If yes, frequency ?) _____回 time(s)/年 year

- 9 眼科検査は、何時受けましたか。(When did you have following eye test?)

眼底検査(Funduscopy), 眼圧検査(Intraocular pressure), 視野検査 (Field of vision)
日本(in Japan) 豪州(Australia) その他(Other country) _____年(year)____月頃

* 45歳以上の方、また家族に盲人がおられる方、眼疾患の家族歴がある場合は、検眼士 (Optometrist)
などによる定期検査を受けてください。 緑内障は自覚症状がありませんから「手遅れ」を防ぎましょう。

- 10 食生活 (Dietary Questionnaire): 該当するものを○印で囲んでください。

一日何回食事をとりますか。(How many meals do you have per day?) 2回 / 3回 / 4回
朝食を抜くことはありますか。(Do you skip breakfast?) No / Sometimes / always
間食はとりますか。(Eating between meals?)

Yes / No / Sometimes / Often.

食事は決まった時間にとりますか。(Do you have meals regularly?) Yes / No.

外食をすることが多いですか。(Dining out often?) Yes / No

嗜好 (Your favorite tastes): 甘いもの (sweet) 塩辛いもの(salty)

香辛料(spicy) 油濃いもの(oily) あっさりしたもの(light & plain)

夕食の時間帯は？(At what time do you usually have an evening meal?)

6 - 7 pm, 7 - 8 pm, 8 - 9 pm, 9 - 10 pm, 10 - 11 pm, 11- 12 pm,

Please inform us of your eating pattern by filling lists below.

各食品グループの摂取状況について、該当する回答欄に○印をつけてください。

	食品グループ Food Group	あまり食べない Rarely	1日1—2回 1-2 / day	毎食 Every meal
1	米、パン、うどん、穀類 (Rice, bread, noodles, cereals)			
2	肉、魚、卵、大豆製品 (Meat, fish, eggs, soybean)			
3	牛乳、乳製品、海藻類 (Milk, dairy products, seaweed)			
4	野菜類 (Vegetable)			
5	果物類 (Fruit)			
6	菓子類、嗜好アルコール飲料 (Cakes, sweets, alcohol drink etc.)			
7	油脂類 (Butter, oil, animal fat etc.)			

11 運動について (Exercise)

定期的に運動をしていますか。

Yes / No

(Do you engage in regular physical exercise?)

どのような運動を、どのくらいの頻度で行っていますか。(If yes, what and how often?)

架かる負荷の度合いの自己判断は？(Stress level ?) Heavy / Medium / Light / Very light

速歩 Brisk walking 分 min / 回 time x 回 / times / 週 week

水泳 Swimming 分 min / 回 time x 回 / times / 週 week

ゴルフ Golf 分 min / 回 time x 回 / times / 週 week

テニス Tennis 分 min / 回 time x 回 / times / 週 week

ジョギング Jogging 分 min / 回 time x 回 / times / 週 week

他の運動 Other exercises 室内歩行器具 indoor walking machine、縄跳びなど etc

分 min / 回 time x 回 / times / 週 week

12 喫煙 (Smoking)

現在喫煙していますか。(Do you smoke?) Yes / No

If Yes, 平均一日何本吸いますか。(How many per day?) _____

何年ぐらい喫煙していますか。(For how many years?) _____

現在は吸わないが、過去に喫煙の方、いつ禁煙に成功しましたか。

(Have you quit smoking? If yes, when?) _____ months / years ago

13 飲酒について(Drink)

飲酒をしますか？ (Do you usually drink alcohol?) Yes / No

If yes, _____ 付き合い程度(Social drinker)

_____ 毎晩晩酌(Almost every night)

_____ 希にしか飲まない(Very seldom)

1日に何をどれくらい飲みますか？ (What & how much do you usually drink a day?)

ビール(beer)_____ ML ワイン(wine)_____ ML ウイスキー(whisky)_____ ML 日本酒(sake)_____ ML

焼酎(Japanese Distilled Alcohol)_____ ML その他(Others)_____ ML

* 参考 : ビール小瓶 375 ML、ワイン 大瓶 750 ML

休肝日は設けていますか。(Do you have any alcohol-free day?) Yes / No

If yes, 週に何日ですか？ (How many days per week?) _____ 日 day(s)

コーヒー、お茶類はどのくらい飲みますか？

(How much coffee and/or tea do you drink ?)

Coffee コーヒー _____ cups / day, Tea 紅茶 / Green Tea 緑茶 _____ cups / day

Soft drinks 清涼飲料水 _____ cups or cans / day, Water 水 _____ ML / day

14 睡眠について(Sleep)

寝つきがよいですか。(Do you go to sleep easily?) Yes / No

目が覚めやすいですか。(Do you wake up often during sleep?) Yes / No

毎日規則的に就寝しますか。(Do you go to bed at regular time?) Yes / No

睡眠時間 (How long do you sleep per day?) 平均 _____ 時間 (hours)

鼾(いびき)を、かきますか。(Do you snore?) Yes / No

If yes, 鼾は、どのような時にかきますか。(When do you snore?)

飲酒後(After drinking.), いつも(Always), 疲労時 (When tired), そのほか(others)

睡眠時無呼吸症の心あたりはありますか。

(Have you ever suspected Sleep apnea syndrome ?) Yes / No

15 過去2年間に下記の検診項目で異常がありましたか。(Please mention in detail if there were any abnormalities in the following tests for last two years.)

正常 / 異常 欄に○印を記入し、異常の場合はその内容を必ず記載下さい。

	正常 Normal	異常 Abnormal	詳細(異常の場合) If abnormal, detail please
尿の検査 (Urinalysis)			潜血(Occult)、蛋白(Protein)、糖(Sugar)
血圧 (B.P.)			/
心電図 (E.C.G.)			
糖尿病 (Diabetes)			
肝機能 (LFT)			
コレステロール(chol/trig)			
尿酸値 (Uric Acid)			
貧血検査 (Anemia)			
婦人科検査 (Gynecological check)			
胸部レントゲン検査(CXR)			
腹部超音波検査 (U/S)			
胃腸検査(含む内視鏡検査) (Endoscopy, B/M)			胃内視鏡(Gastro)、腸内視鏡(Colono)、 バリウム検査(B/M)
その他(Others)			

16 以下の診察を希望なさいますか？ いずれかをチェックして下さい。

(Do you agree for doctor to conduct under-mentioned examination ?)

男性: 前立腺直腸診 (35歳以上) 希望する 希望しない

肛門から指を挿入し直腸と前立腺を触診します。

直腸癌の早期発見と前立腺の硬さを調べることで前立腺癌の
早期発見に役立ちます。

睾丸精巣触診 希望する 希望しない

睾丸癌や精巣腫瘍など異常の早期発見に役立ちます。

Male: Rectum Examination (over 35 years of age) Yes No

A physical examination of Rectum and Prostate is normal means of
detecting Bowel and Prostate Cancer.

Testicular Check Yes No

女性

18 女性の方のみお答えください。(For female client only)

- 生理は規則正しいですか。(Do you have regular periods?) Yes / No
- 不正性器出血がありますか。(Do you suffer from irregular bleeding?) Yes / No
- 生理痛がありますか。(Do you suffer from menstrual pain?) Yes / No
- 妊娠は何回しましたか。(How many pregnancies have you had?) _____
- 最初の妊娠は何才の時でしたか。(When did you first become pregnant?) _____ y.o.
- 最後の妊娠はいつでしたか。(When were you pregnant last ?) _____ y.o.
- 帝王切開を受けたことがありますか。(Have you had Cesarean section?) Yes / No

閉経について。(About menopause)

更年期障害等の症状がありますか。(Have you had any menopausal symptoms?) Yes / No

もしあれば症状をお書き下さい。(If yes, please mention in detail.)

例えば 熱感、動悸、不眠、胃腸障害等

e.g. hot flush, heart palpitation, sleeping trouble, stomach troubles.

開始時期 (Since around) _____ 年 _____ 月

子宮細胞診について。(Pap smear test)

この検査を過去に受けていますか。(Have you had a Pap Smear Test?) Yes / No

最近に受けたのはいつですか。(When was the last?) _____ 年 _____ 月

何処で受けましたか。(Where did you have it ?) Melb. / Japan / Other _____

その結果は如何でしたか。(If yes, what was the result?) _____

避妊はどのようになさっていますか。(What method do you use for contraception?) () ピル服用中(Pill) () それ以外(Others): _____

乳癌について。(About breast cancer)

定期的に乳房の自己触診をしていますか。(Do you check your breast regularly by Self-Examination method?) Yes / No

触診方法をご存知ですか。(Do you know how you check breast?) Yes / No

血縁の方で乳がんにかかった方がいますか。(Is there any blood relative who suffered from breast cancer?) Yes / No

お疲れさまでした。