

バイオバンク問診票

患者さんのID No. 本人 母 子 父 ほか()

基本情報

記載日 西暦()年()月()日
カナ氏名() 性別 男 女
生年月日 西暦()年()月()日 年齢 ()歳
身長 cm 体重 kg (症状が出る前、または妊娠前の体重: 約 kg)

血圧 / (収縮期/拡張期) mmHg 2回測定

既往歴

次のうち、かかったことのある病気についてお答えください

	発症の有無	発症時期	現在の治療
がん	有 / 無	才頃	有 / 無
高血圧	有 / 無	才頃	有 / 無
糖尿病	有 / 無	才頃	有 / 無
高脂血症	有 / 無	才頃	有 / 無
脳卒中	有 / 無	才頃	有 / 無
心臓病	有 / 無	才頃	有 / 無
肝臓病	有 / 無	才頃	有 / 無
腎臓病	有 / 無	才頃	有 / 無
結核	有 / 無	才頃	有 / 無
精神疾患	有 / 無	才頃	有 / 無

手術歴

手術を受けたことがありますか? (ある / ない)
「ある」方のみ → (才の時、または 年 月頃)

輸血歴

輸血を受けたことがありますか? (ある / ない) ※自己血は除く

アレルギー<<過敏症>>

過敏症(アレルギー)はありますか? (ある / ない)

「ある」方のみ↓

どのような症状ですか(チェックをつけてください、複数選んで構いません)

ぜんそく しっしん じんましん アトピー 花粉症 その他()

薬で (有・無) → 何の薬ですか? ()

食物で (有・無)

環境の変化で (有・無)

家族歴

※ご家族の病気についてお聞きします。

ご家族に、次の病気にかかったことのある方はいますか。いる場合には続柄もお答えください。

(○をつけてください、複数選んで構いません)

		続柄
高血圧	いる・いない	祖父母・父母・兄弟姉妹・子供
糖尿病	いる・いない	祖父母・父母・兄弟姉妹・子供
脂質異常症	いる・いない	祖父母・父母・兄弟姉妹・子供
心筋梗塞	いる・いない	祖父母・父母・兄弟姉妹・子供
がん	いる・いない	祖父母・父母・兄弟姉妹・子供
精神疾患	いる・いない	祖父母・父母・兄弟姉妹・子供

喫煙

生まれてからこれまでに、合計して少なくとも100本以上のたばこを吸っていますか?

はい いいえ

何歳から吸い始めましたか? ()歳

たばこを現在も吸っていますか?

やめた → 何歳の時たばこをやめましたか? ()歳 一日何本吸っていましたか? ()本

吸っている → 一日何本吸いますか? ()本

受動喫煙

家庭や職場やお店などで、他人のたばこの煙を吸う機会(1日1時間以上)はどのくらいありましたか?

10歳のころ ほとんどない 月1~3日 週1~3日 ほとんど毎日

30歳のころ ほとんどない 月1~3日 週1~3日 ほとんど毎日

現在 ほとんどない 月1~3日 週1~3日 ほとんど毎日

裏面に続きます↓

飲酒

1日に飲む、もっとも普通の組み合わせを選んで下さい。
(例) ふだんビールを大ビン1本飲んだあとに、日本酒を2合飲むなら、「ビール」のところの「1本」と、「日本酒」のところの「2合」をチェックし「焼酎・泡盛」「ウイスキー」「ワイン」のところは「飲まない」をチェックする。

日本酒 1合(180mL)	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 0.5合未満 <input type="checkbox"/> 0.5合~1合未満 <input type="checkbox"/> 1合 <input type="checkbox"/> 2合 <input type="checkbox"/> 3合 <input type="checkbox"/> 4合 <input type="checkbox"/> 5合以上
焼酎・泡盛 原液1合(180mL)で (チューハイ350mL缶1本を0.7合と換算して下さい)	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 0.5合未満 <input type="checkbox"/> 0.5合~1合未満 <input type="checkbox"/> 1合 <input type="checkbox"/> 2合 <input type="checkbox"/> 3合 <input type="checkbox"/> 4合 <input type="checkbox"/> 5合以上
ビール(発泡酒)大ビン(633mL)で (中ビンは500mL缶を0.8本、小ビンは350mL缶を0.6本と換算して下さい)	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 0.5本未満 <input type="checkbox"/> 0.5本~1本未満 <input type="checkbox"/> 1本 <input type="checkbox"/> 2本 <input type="checkbox"/> 3本 <input type="checkbox"/> 4本 <input type="checkbox"/> 5本以上
ウイスキー・ブランデー シングル(30mL)で	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 0.5杯未満 <input type="checkbox"/> 0.5杯~1杯未満 <input type="checkbox"/> 1杯 <input type="checkbox"/> 2杯 <input type="checkbox"/> 3杯 <input type="checkbox"/> 4杯 <input type="checkbox"/> 5杯以上
ワイン グラス(100mL)で	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 0.5杯未満 <input type="checkbox"/> 0.5杯~1杯未満 <input type="checkbox"/> 1杯 <input type="checkbox"/> 2杯 <input type="checkbox"/> 3杯 <input type="checkbox"/> 4杯 <input type="checkbox"/> 5杯以上
その他 ※お酒の種類 ()	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 0.5杯未満 <input type="checkbox"/> 0.5杯~1杯未満 <input type="checkbox"/> 1杯 <input type="checkbox"/> 2杯 <input type="checkbox"/> 3杯 <input type="checkbox"/> 4杯 <input type="checkbox"/> 5杯以上

女性 (女性のみご記入ください)

初経： 歳 月経周期： 規則的 / 不規則 (具体的に)

閉経： 歳 更年期障害： ある (具体的に) / ない

月経前後で精神的に変化することがありますか? (ある / ない)

ある方は具体的にお書きください。

現在妊娠されていますか (はい / いいえ / わからない)

今までに妊娠したことがありますか (はい / いいえ / わからない)