

(注意)□:複数選択

○:単一選択

文字列入力()

数字入力[]

凡例 入力項目分類 (数字は入力優先順位)

1. 毎回入力項目 : 2重括弧 (毎回入力をしていただく項目)
2. 変更のみ入力項目 : 1重括弧 (前回からのデータ変更及びデータ追加があれば入力していただく項目)
3. 1回のみ項目 : 括弧なし (第1期を含めて1回のみ入力すればよい項目)

日付項目

「不明」にチェックする場合 : プロジェクト開始以前のため、カルテ等で遡れない場合のみにして下さい。
 年月のみ判明している場合 : 年月は判明している情報を、日は「不明」を入力して下さい。

(共通) 現症、喫煙・飲酒等

年齢 生年と調査実施日から自動計算

出身地 (都道府県) () ※ 海外で出生の場合は国名を記入

現症 ※できれば、測定して入力してください

身長	[]	cm	<input type="checkbox"/> 不明
体重	[]	kg	<input type="checkbox"/> 不明
収縮期血圧	[]	mmHg	<input type="checkbox"/> 不明
拡張期血圧	[]	mmHg	<input type="checkbox"/> 不明
脈拍	[]	/分	<input type="checkbox"/> 不明

喫煙歴 ○ あり ○ なし ○ 不明

現在の状況

○ 喫煙

喫煙年数	[]	年	<input type="checkbox"/> 不明
1日の平均本数	[]	本	<input type="checkbox"/> 不明

○ 禁煙

禁煙時期	[]	歳から	<input type="checkbox"/> 不明
過去の喫煙年数	[]	年	<input type="checkbox"/> 不明
1日の平均本数	[]	本	<input type="checkbox"/> 不明

飲酒歴 ○ あり ○ なし ○ 不明

現在の状況

○ 飲酒

<input type="checkbox"/> 日本酒	[]	合	<input type="checkbox"/> 不明
	[]	回/週	<input type="checkbox"/> 不明
<input type="checkbox"/> 焼酎	[]	ml	<input type="checkbox"/> 不明
	[]	回/週	<input type="checkbox"/> 不明
<input type="checkbox"/> ビール	[]	ml	<input type="checkbox"/> 不明
	[]	回/週	<input type="checkbox"/> 不明
<input type="checkbox"/> 赤ワイン	[]	ml	<input type="checkbox"/> 不明
	[]	回/週	<input type="checkbox"/> 不明
<input type="checkbox"/> 白ワイン	[]	ml	<input type="checkbox"/> 不明
	[]	回/週	<input type="checkbox"/> 不明
<input type="checkbox"/> ウイスキー	[]	ml	<input type="checkbox"/> 不明
	[]	回/週	<input type="checkbox"/> 不明
<input type="checkbox"/> 他	()		
	[]	ml	<input type="checkbox"/> 不明
	[]	回/週	<input type="checkbox"/> 不明

 詳細不明

○ 禁酒

禁酒時期	[]	歳から	<input type="checkbox"/> 不明
------	-----	-----	-----------------------------

(注意)□:複数選択

○:単一選択

文字列入力()

数字入力[]

例:ビール350mlを夏の間(3ヵ月)だけ毎日飲む → 「ビール350ml、週1.75回(=7*3/12)」
 日本酒1合を半年間だけ週4日飲む → 「日本酒1合、週2回(=4*6/12)」
 夏(半年間)はビール350ml缶を2本、冬(半年間)は日本酒2合を毎日飲む
 → 「ビール700ml、週3.5回(=7*6/12)+日本酒2合、週3.5回」
 1年を通してビール350ml缶と日本酒2合を毎日飲む → ビール350ml、週7回+日本酒2合、週7回
 焼酎は、原液の量で換算してください。(例えば、毎日焼酎を飲み、4Lを1ヶ月で消費する場合は、1回あたり133ml(=4000/30)になります。また、チューハイ350ml=焼酎原液126mlと換算してください)
 ウイスキーも原液の量で換算してください。(シングル=30ml、ダブル=60ml)
 ※飲酒する回数が、「1ヶ月に1回未満」の人は飲酒なしとしてください。

月経(女性のみ)

○ 閉経している

[]歳時閉経 □ 不明

* 60歳まで入力できます。問診で60歳を超えた場合は、60歳を入力してください。

○ 閉経していない

○ 不明

食生活

牛乳	○ ほぼ毎日	○ 週3-4日	○ 週1-2日	○ ほとんど食べない	○ 不明
チーズ	○ ほぼ毎日	○ 週3-4日	○ 週1-2日	○ ほとんど食べない	○ 不明
ヨーグルト	○ ほぼ毎日	○ 週3-4日	○ 週1-2日	○ ほとんど食べない	○ 不明
小魚	○ ほぼ毎日	○ 週3-4日	○ 週1-2日	○ ほとんど食べない	○ 不明
緑黄色野菜	○ ほぼ毎日	○ 週3-4日	○ 週1-2日	○ ほとんど食べない	○ 不明
豆腐	○ ほぼ毎日	○ 週3-4日	○ 週1-2日	○ ほとんど食べない	○ 不明
納豆	○ ほぼ毎日	○ 週3-4日	○ 週1-2日	○ ほとんど食べない	○ 不明
肉	○ ほぼ毎日	○ 週3-4日	○ 週1-2日	○ ほとんど食べない	○ 不明
魚	○ ほぼ毎日	○ 週3-4日	○ 週1-2日	○ ほとんど食べない	○ 不明
コーヒー	○ ほぼ毎日	○ 週3-4日	○ 週1-2日	○ ほとんど食べない	○ 不明
お茶	○ ほぼ毎日	○ 週3-4日	○ 週1-2日	○ ほとんど食べない	○ 不明

運動(現時点)

週1回以上している場合「している」を選択して記入してください。

買い物などの外出 ○ している ○ していない ○ 不明

- 毎日30分以上
- 毎日30分未満
- 週3-4回30分以上
- 週3-4回30分未満
- 週1-2回30分以上
- 週1-2回30分未満

散歩 ○ している ○ していない ○ 不明

- 毎日30分以上
- 毎日30分未満
- 週3-4回30分以上
- 週3-4回30分未満
- 週1-2回30分以上
- 週1-2回30分未満

体操 ○ している ○ していない ○ 不明

- 毎日15分以上
- 毎日15分未満
- 週3-4回15分以上
- 週3-4回15分未満
- 週1-2回15分以上
- 週1-2回15分未満

(注意)□:複数選択

○:単一選択

文字列入力()

数字入力[]

スポーツ

○ している

○ していない

○ 不明

具体的な種目 ()

- 毎日30分以上
- 毎日30分未満
- 週3-4回30分以上
- 週3-4回30分未満
- 週1-2回30分以上
- 週1-2回30分未満

(注意)□:複数選択

○:単一選択

文字列入力()

数字入力[]

既往歴

○ あり

○ なし

「あり」の場合、詳細を入力してください。

悪性腫瘍

○ あり

○ なし

○ 不明

- 肺がん
- 食道がん
- 胃がん
- 大腸・直腸がん
- 肝がん
- 膵がん
- 胆道がん
- 前立腺がん ※男性のみ
- 乳がん
- 子宮頸がん ※女性のみ
- 子宮体がん ※女性のみ
- 卵巣がん ※女性のみ
- 悪性リンパ腫
- 咽頭・喉頭がん
- 甲状腺がん
- 骨腫瘍
- 子宮がん ※女性のみ
- 腎がん
- 皮膚がん
- 膀胱がん
- 家族性大腸腺腫症
- ポイツ・イエガー(Peutz-Jeghers)症候群
- その他()

神経

○ あり

○ なし

○ 不明

- てんかん
- 脳梗塞
- 脳動脈瘤
- 脳内出血
- くも膜下出血
- 非破裂性脳動脈瘤
- パーキンソン症候群
- パーキンソン病
- 認知症
- その他()

呼吸器

○ あり

○ なし

○ 不明

- 慢性閉塞性肺疾患(COPD)
- 肺結核
- 気管支喘息
- じん肺
- 間質性肺炎
- 胸膜炎
- 肺炎
- 肺線維症
- その他()

(注意)□:複数選択

○:単一選択

文字列入力()

数字入力[]

循環器

○ あり ○ なし ○ 不明

- 心筋梗塞
 不安定狭心症
 安定狭心症
 不整脈(心室不整脈)
 不整脈(心房粗細動)
 不整脈(詳細不明)
 心不全
 弁膜症
 拡張型心筋症
 肥大型心筋症
 本態性高血圧
 大動脈瘤
 閉塞性動脈硬化症(ASO)
 その他()

肝・胆・膵

○ あり ○ なし ○ 不明

- B型肝炎
 C型肝炎
 肝硬変
 胆のう炎
 胆石
 慢性膵炎
 その他()

消化器

○ あり ○ なし ○ 不明

- 胃潰瘍
 十二指腸潰瘍
 潰瘍性大腸炎
 クローン病
 その他()

腎・泌尿器

○ あり ○ なし ○ 不明

- ネフローゼ症候群
 慢性腎不全
 嚢胞腎
 腎結石
 尿管結石
 前立腺肥大
 その他()

血液

○ あり ○ なし ○ 不明

- 再生不良性貧血
 特発性血小板減少性紫斑病
 急性骨髄性白血病
 急性リンパ性白血病
 慢性骨髄性白血病
 慢性リンパ性白血病
 多発性骨髄腫
 その他()

(注意) □:複数選択

○:単一選択

文字列入力()

数字入力[]

代謝	○ あり	○ なし	○ 不明
	<input type="checkbox"/> 1型糖尿病 <input type="checkbox"/> 2型糖尿病 <input type="checkbox"/> MODY <input type="checkbox"/> ミトコンドリア糖尿病 <input type="checkbox"/> 病型不明の糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症・痛風 <input type="checkbox"/> その他()		
内分泌	○ あり	○ なし	○ 不明
	<input type="checkbox"/> バセドウ病 <input type="checkbox"/> 橋本病 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能低下症 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症 <input type="checkbox"/> 甲状腺腫 <input type="checkbox"/> その他()		
膠原病	○ あり	○ なし	○ 不明
	<input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> 若年性関節リウマチ(JRA) <input type="checkbox"/> 悪性関節リウマチ(MRA) <input type="checkbox"/> 全身性エリテマトーデス(SLE) <input type="checkbox"/> シェーグレン(Sjogren) 症候群 <input type="checkbox"/> 進行性全身性硬化症(PSS) <input type="checkbox"/> 多発性筋炎(PM) <input type="checkbox"/> 皮膚筋炎(DM) <input type="checkbox"/> その他()		
アレルギー	○ あり	○ なし	○ 不明
	<input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> その他()		
皮膚科	○ あり	○ なし	○ 不明
	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> ケロイド <input type="checkbox"/> 薬疹(中毒性表皮壊死症:TEN) <input type="checkbox"/> 薬疹(Stevens-Johnson 症候群:SJS) <input type="checkbox"/> 薬疹(その他) <input type="checkbox"/> その他()		
婦人科 (女性のみ)	○ あり	○ なし	○ 不明
	<input type="checkbox"/> 子宮内膜症 <input type="checkbox"/> 子宮筋腫 <input type="checkbox"/> その他()		
小児科	○ あり	○ なし	○ 不明
	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> その他()		
眼科	○ あり	○ なし	○ 不明
	<input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> その他()		

(注意)□:複数選択

○:単一選択

文字列入力()

数字入力[]

口腔・歯

○ あり ○ なし ○ 不明

 歯周病 その他()

精神科

○ あり ○ なし ○ 不明

 うつ病 その他()

治療・薬物依存

○ あり ○ なし ○ 不明

 輸血 鍼治療 その他()

その他

○ あり ○ なし ○ 不明

 その他()

(注意)□:複数選択

○:単一選択

文字列入力()

数字入力[]

家族歴

○ あり ○ なし ○ 不明

「あり」の場合、詳細を入力してください。

悪性腫瘍

○ あり ○ なし ○ 不明

<input type="checkbox"/> 肺がん	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 子供	<input type="checkbox"/> 兄弟	<input type="checkbox"/> 祖父母(父方)	<input type="checkbox"/> 祖父母(母方)
	<input type="checkbox"/> 孫	<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 不明		
<input type="checkbox"/> 食道がん	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 子供	<input type="checkbox"/> 兄弟	<input type="checkbox"/> 祖父母(父方)	<input type="checkbox"/> 祖父母(母方)
	<input type="checkbox"/> 孫	<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 不明		
<input type="checkbox"/> 胃がん	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 子供	<input type="checkbox"/> 兄弟	<input type="checkbox"/> 祖父母(父方)	<input type="checkbox"/> 祖父母(母方)
	<input type="checkbox"/> 孫	<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 不明		
<input type="checkbox"/> 大腸・直腸がん	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 子供	<input type="checkbox"/> 兄弟	<input type="checkbox"/> 祖父母(父方)	<input type="checkbox"/> 祖父母(母方)
	<input type="checkbox"/> 孫	<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 不明		
<input type="checkbox"/> 肝がん	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 子供	<input type="checkbox"/> 兄弟	<input type="checkbox"/> 祖父母(父方)	<input type="checkbox"/> 祖父母(母方)
	<input type="checkbox"/> 孫	<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 不明		
<input type="checkbox"/> 膵がん	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 子供	<input type="checkbox"/> 兄弟	<input type="checkbox"/> 祖父母(父方)	<input type="checkbox"/> 祖父母(母方)
	<input type="checkbox"/> 孫	<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 不明		
<input type="checkbox"/> 胆道がん	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 子供	<input type="checkbox"/> 兄弟	<input type="checkbox"/> 祖父母(父方)	<input type="checkbox"/> 祖父母(母方)
	<input type="checkbox"/> 孫	<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 不明		
<input type="checkbox"/> 前立腺がん	<input type="checkbox"/> 父		<input type="checkbox"/> 子供	<input type="checkbox"/> 兄弟	<input type="checkbox"/> 祖父母(父方)	<input type="checkbox"/> 祖父母(母方)
	<input type="checkbox"/> 孫	<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 不明		
<input type="checkbox"/> 乳がん	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 子供	<input type="checkbox"/> 兄弟	<input type="checkbox"/> 祖父母(父方)	<input type="checkbox"/> 祖父母(母方)
	<input type="checkbox"/> 孫	<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 不明		
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん		<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 子供	<input type="checkbox"/> 兄弟	<input type="checkbox"/> 祖父母(父方)	<input type="checkbox"/> 祖父母(母方)
	<input type="checkbox"/> 孫	<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 不明		
<input type="checkbox"/> 子宮体がん		<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 子供	<input type="checkbox"/> 兄弟	<input type="checkbox"/> 祖父母(父方)	<input type="checkbox"/> 祖父母(母方)
	<input type="checkbox"/> 孫	<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 不明		
<input type="checkbox"/> 卵巣がん		<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 子供	<input type="checkbox"/> 兄弟	<input type="checkbox"/> 祖父母(父方)	<input type="checkbox"/> 祖父母(母方)
	<input type="checkbox"/> 孫	<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 不明		
<input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 子供	<input type="checkbox"/> 兄弟	<input type="checkbox"/> 祖父母(父方)	<input type="checkbox"/> 祖父母(母方)
	<input type="checkbox"/> 孫	<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 不明		
<input type="checkbox"/> 咽頭・喉頭がん	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 子供	<input type="checkbox"/> 兄弟	<input type="checkbox"/> 祖父母(父方)	<input type="checkbox"/> 祖父母(母方)
	<input type="checkbox"/> 孫	<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 不明		
<input type="checkbox"/> 甲状腺がん	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 子供	<input type="checkbox"/> 兄弟	<input type="checkbox"/> 祖父母(父方)	<input type="checkbox"/> 祖父母(母方)
	<input type="checkbox"/> 孫	<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 不明		
<input type="checkbox"/> 骨腫瘍	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 子供	<input type="checkbox"/> 兄弟	<input type="checkbox"/> 祖父母(父方)	<input type="checkbox"/> 祖父母(母方)
	<input type="checkbox"/> 孫	<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 不明		

(注意) □:複数選択

○:単一選択

文字列入力()

数字入力[]

脳腫瘍

父 母 子供 兄弟 祖父母(父方) 祖父母(母方)

孫 その他() 不明

腎がん

父 母 子供 兄弟 祖父母(父方) 祖父母(母方)

孫 その他() 不明

皮膚がん

父 母 子供 兄弟 祖父母(父方) 祖父母(母方)

孫 その他() 不明

膀胱がん

父 母 子供 兄弟 祖父母(父方) 祖父母(母方)

孫 その他() 不明

白血病

父 母 子供 兄弟 祖父母(父方) 祖父母(母方)

孫 その他() 不明

家族性大腸腺腫症

父 母 子供 兄弟 祖父母(父方) 祖父母(母方)

孫 その他() 不明

ポイツ・イエガー(Peutz-Jeghers)症候群

父 母 子供 兄弟 祖父母(父方) 祖父母(母方)

孫 その他() 不明

その他()

父 母 子供 兄弟 祖父母(父方) 祖父母(母方)

孫 その他() 不明

神経

○ あり ○ なし ○ 不明

脳梗塞

父 母 子供 兄弟 祖父母(父方) 祖父母(母方)

孫 その他() 不明

脳動脈瘤

父 母 子供 兄弟 祖父母(父方) 祖父母(母方)

孫 その他() 不明

てんかん

父 母 子供 兄弟 祖父母(父方) 祖父母(母方)

孫 その他() 不明

くも膜下出血

父 母 子供 兄弟 祖父母(父方) 祖父母(母方)

孫 その他() 不明

脳内出血

父 母 子供 兄弟 祖父母(父方) 祖父母(母方)

孫 その他() 不明

非破裂性脳動脈瘤

父 母 子供 兄弟 祖父母(父方) 祖父母(母方)

孫 その他() 不明

認知症

父 母 子供 兄弟 祖父母(父方) 祖父母(母方)

孫 その他() 不明

その他()

父 母 子供 兄弟 祖父母(父方) 祖父母(母方)

孫 その他() 不明

呼吸器

○ あり ○ なし ○ 不明

慢性閉塞性肺疾患(COPD)

父 母 子供 兄弟 祖父母(父方) 祖父母(母方)

孫 その他() 不明

(注意)□:複数選択

○:単一選択

文字列入力()

数字入力[]

肺結核

父 母 子供 兄弟 祖父母(父方) 祖父母(母方)

孫 その他() 不明

気管支喘息

父 母 子供 兄弟 祖父母(父方) 祖父母(母方)

孫 その他() 不明

間質性肺炎

父 母 子供 兄弟 祖父母(父方) 祖父母(母方)

孫 その他() 不明

その他()

父 母 子供 兄弟 祖父母(父方) 祖父母(母方)

孫 その他() 不明

循環器

○ あり ○ なし ○ 不明

心筋梗塞

父 母 子供 兄弟 祖父母(父方) 祖父母(母方)

孫 その他() 不明

狭心症

父 母 子供 兄弟 祖父母(父方) 祖父母(母方)

孫 その他() 不明

不整脈(心室不整脈)

父 母 子供 兄弟 祖父母(父方) 祖父母(母方)

孫 その他() 不明

不整脈(心房粗細動)

父 母 子供 兄弟 祖父母(父方) 祖父母(母方)

孫 その他() 不明

心不全

父 母 子供 兄弟 祖父母(父方) 祖父母(母方)

孫 その他() 不明

高血圧

父 母 子供 兄弟 祖父母(父方) 祖父母(母方)

孫 その他() 不明

突然死

父 母 子供 兄弟 祖父母(父方) 祖父母(母方)

孫 その他() 不明

その他()

父 母 子供 兄弟 祖父母(父方) 祖父母(母方)

孫 その他() 不明

肝・胆・膵

○ あり ○ なし ○ 不明

B型肝炎

父 母 子供 兄弟 祖父母(父方) 祖父母(母方)

孫 その他() 不明

C型肝炎

父 母 子供 兄弟 祖父母(父方) 祖父母(母方)

孫 その他() 不明

肝硬変

父 母 子供 兄弟 祖父母(父方) 祖父母(母方)

孫 その他() 不明

その他()

父 母 子供 兄弟 祖父母(父方) 祖父母(母方)

孫 その他() 不明

(注意) □:複数選択

○:単一選択

文字列入力()

数字入力[]

アレルギー

○ あり ○ なし ○ 不明

□ 花粉症

 父 母 子供 兄弟 祖父母(父方) 祖父母(母方)
 孫 その他() 不明

□ その他()

 父 母 子供 兄弟 祖父母(父方) 祖父母(母方)
 孫 その他() 不明

皮膚科

○ あり ○ なし ○ 不明

□ アトピー性皮膚炎

 父 母 子供 兄弟 祖父母(父方) 祖父母(母方)
 孫 その他() 不明

□ ケロイド

 父 母 子供 兄弟 祖父母(父方) 祖父母(母方)
 孫 その他() 不明

□ 薬疹

 父 母 子供 兄弟 祖父母(父方) 祖父母(母方)
 孫 その他() 不明

□ その他()

 父 母 子供 兄弟 祖父母(父方) 祖父母(母方)
 孫 その他() 不明

婦人科 (女性のみ)

○ あり ○ なし ○ 不明

□ 子宮筋腫

 母 子供 兄弟 祖父母(父方) 祖父母(母方)
 孫 その他() 不明

□ 子宮内膜症

 母 子供 兄弟 祖父母(父方) 祖父母(母方)
 孫 その他() 不明

□ その他()

 母 子供 兄弟 祖父母(父方) 祖父母(母方)
 孫 その他() 不明

小児科

○ あり ○ なし ○ 不明

□ 熱性けいれん

 父 母 子供 兄弟 祖父母(父方) 祖父母(母方)
 孫 その他() 不明

□ その他()

 父 母 子供 兄弟 祖父母(父方) 祖父母(母方)
 孫 その他() 不明

眼科

○ あり ○ なし ○ 不明

□ 白内障

 父 母 子供 兄弟 祖父母(父方) 祖父母(母方)
 孫 その他() 不明

□ 緑内障

 父 母 子供 兄弟 祖父母(父方) 祖父母(母方)
 孫 その他() 不明

□ その他()

 父 母 子供 兄弟 祖父母(父方) 祖父母(母方)
 孫 その他() 不明

(注意) :複数選択:単一選択

文字列入力()

数字入力[]

口腔・歯

 あり なし 不明 歯周病
 父 母 子供 兄弟 祖父母(父方) 祖父母(母方)
 孫 その他() 不明
 その他()
 父 母 子供 兄弟 祖父母(父方) 祖父母(母方)
 孫 その他() 不明

精神科

 あり なし 不明 うつ病
 父 母 子供 兄弟 祖父母(父方) 祖父母(母方)
 孫 その他() 不明
 その他()
 父 母 子供 兄弟 祖父母(父方) 祖父母(母方)
 孫 その他() 不明

その他

 あり なし 不明 その他()
 父 母 子供 兄弟 祖父母(父方) 祖父母(母方)
 孫 その他() 不明