



- 適切な治療のため、丁寧な記入にご協力ください。
- 気になる点、不明点があればお気軽にCIRCLE参加医療機関、あるいは事務局へご連絡ください。
- 以下の点にお気を付けください。

● 用紙の右側を汚さないようにする ※汚れてしまった場合は、お気軽に通院先CIRCLE参加医療機関へお伝えください。新しい用紙をご用意します。

● 右側は鉛筆で記入し、間違えてしまった際は丁寧に消しゴムで消して修正する



























● 枠をはみ出ないようにする (悪い例)  **A** はみ出ている

● 例と同じように記入する (悪い例)  **I** 線の位置が例と異なる








● 点と点をしっかりと結ぶようにする (悪い例)  **J** 線が短い

- 記入方法 (太くはっきりとご記入ください)




(1) アルファベット (全体を使って表現します)

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
												
N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z
												

(2) 数字 (左半分を使って表現します)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
									

(3) その他記号 (左半分を使って表現します)

・ (ピリオド)	— (アンダーバー)	- (ハイフン)
		

※左下の点を大きめに塗りつぶしてください

(4) マーク (枠をはみ出さず、) (良い例) (悪い例)

鉛筆を使ってマークします

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
●	○	○	×	✓	●	●	○	○	○

CIRCLe登録票 記述式(別紙2)

CIRCLe参加医療機関名リスト


番号	医療機関名
001	a_秋田大学医学部附属病院
002	c_千葉県こども病院
003	c_千葉市立海浜病院
004	d_獨協医科大学埼玉医療センター
005	f_福井大学
006	f_福島県立医科大学
007	g_岐阜県総合医療センター
008	g_群馬大学医学部附属病院
009	h_広島大学
010	h_弘前大学医学部附属病院
011	h_兵庫医科大学病院
012	h_兵庫県立尼崎総合医療センター
013	h_北海道大学病院
014	i_岩手医科大学附属病院
015	i_磐田市立総合病院
016	j_自治医科大学附属病院
017	j_順伸クリニック
018	j_順天堂大学医学部附属順天堂医院
019	k_久留米大学病院
020	k_京都大学医学部附属病院
021	k_近畿大学奈良病院
022	k_金沢医科大学病院
023	k_九州大学病院
024	k_熊本赤十字病院
025	k_熊本労災病院
026	k_香川大学医学部附属病院
027	k_高知大学
028	k_国立成育医療研究センター
029	k_小牧市民病院
030	k_川崎市立川崎病院
031	m_宮城県立こども病院
032	m_箕面市立病院

番号	医療機関名
033	n_日本赤十字和歌山医療センター
034	n_名古屋市立大学病院
035	o_沖縄県立中部病院
036	o_大阪医科薬科大学
037	o_大阪市立総合医療センター
038	o_大阪大学医学部附属病院
039	o_大阪母子医療センター
040	s_佐賀大学医学部附属病院
041	s_済生会横浜市東部病院
042	s_埼玉医科大学病院
043	s_埼玉県立小児医療センター
044	s_信州大学医学部附属病院
045	s_静岡県立こども病院
046	s_総合病院厚生中央病院
047	t_筑波大学附属病院
048	t_鳥取大学医学部附属病院
049	t_津山中央病院
050	t_天使病院
051	t_東京医科大学病院
052	t_東京大学医学部附属病院
053	t_豊橋市民病院
054	y_山口大学医学部附属病院
055	z_仮登録1
056	z_仮登録2
057	z_仮登録3
058	z_仮登録4
059	z_仮登録5
060	z_仮登録6
061	z_仮登録7
062	z_仮登録8
063	z_仮登録9
064	z_仮登録10

記入欄

CIRCLE登録票 記述式 (1)

点線より右側は汚さないようお気を付けください。

(例) 

アルファベットを記入してください。

(1) 患者さんのお名前

姓 (漢字)

名 (漢字)

姓 (カタカナ)

名 (カタカナ)

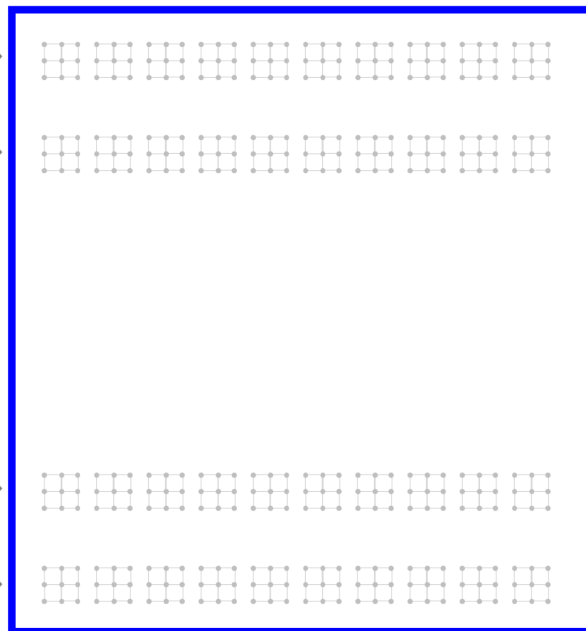
(2) 同意者 (未成年場合は代諾者)

姓 (漢字)

名 (漢字)


姓 (カタカナ)

名 (カタカナ)



CIRCLE登録票 記述式 (1)

点線より右側は汚さないようお気を付けください。

(例) 

アルファベットを記入してください。

(1) 患者さんのお名前

姓 (漢字)

肝野

名 (漢字)

太郎

姓 (カタカナ)

カンノ

名 (カタカナ)

タロウ

(2) 同意者 (未成年場合は代諾者)

姓 (漢字)

肝野

名 (漢字)

一郎

姓 (カタカナ)

カンノ

名 (カタカナ)

イチロウ



■事務局記入欄 (以下は記入しないでください)

本研究ID: _____

登録票受領者: _____

登録票受領日: _____

こちら側は例です。左側にご記入ください。

記入欄

CIRCLE登録票 記述式 (2)

点線より右側は汚さないようお気を付けてください。

- 研究事務局から受領完了メールを送信するため、確認可能なアドレスをご記入ください。
- gmailからの受信が可能な設定をしてください。
- 可能な限りgmail等、パソコンやスマホで受信可能なアドレスをご記入ください。

***** 以下をご記入ください。 *****

(3) e-mail

(3-1) お使いのアドレスの種類に○をつけてください。

- 1: gmail.com
- 2: yahoo.co.jp
- 3: icloud.com
- 4: hotmail.com
- 5: Hotmail.co.jp
- 6: outlook.jp
- 7: outlook.com

8: その他 8の場合、@マーク後を下記と右記に記入してください。

- 別紙1を見ながらご記入ください。
- アルファベットか数字か記号を記入してください。

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

先頭

→

→

末尾

※ 一つの口に10文字までをお願いします。

(3-2) @マークの前の部分(ユーザー名)を教えてください。

先頭

→

→

→

末尾

※ 一つの口に10文字までをお願いします。

※ 合計30文字を超えるアドレスはお控えください。

CIRCLE登録票 記述式 (2)

点線より右側は汚さないようお気を付けてください。

- 研究事務局から受領完了メールを送信するため、確認可能なアドレスをご記入ください。
- gmailからの受信が可能な設定をしてください。
- 可能な限りgmail等、パソコンやスマホで受信可能なアドレスをご記入ください。

***** 以下をご記入ください。 *****

(3) e-mail

(3-1) お使いのアドレスの種類に○をつけてください。

- 1: gmail.com
- 2: yahoo.co.jp
- 3: icloud.com
- 4: hotmail.com
- 5: Hotmail.co.jp
- 6: outlook.jp
- 7: outlook.com

8: その他 8の場合、@マーク後を下記と右記に記入してください。

- 別紙1を見ながらご記入ください。
- アルファベットか数字か記号を記入してください。

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
	0	0	0	0	0	0	0	●	0	0

先頭

circle.co.

→

jp

末尾

※ 一つの口に10文字までをお願いします。

(3-2) @マークの前の部分(ユーザー名)を教えてください。

先頭

liver_fiel

→

d1234

→

末尾

※ 一つの口に10文字までをお願いします。

※ 合計30文字を超えるアドレスはお控えください。

記入欄

CIRCLe登録票 マーク式(2)

点線より右側は汚さないようお気を付けください。

(5) 自宅郵便番号(7桁)

--	--	--	--

□ □ □ □ □ □ □ □

[illegible]

(6) 連絡先電話番号(10, 11桁)

先頭

末尾

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

[illegible]

※ 左から詰めて記入してください。

※ 上から詰めてマークしてください。

● 携帯電話 → 全ての口を使用

- 固定電話 → 一つ余ることが多い

(7) ご希望の連絡方法

1: 電話 2: メール 3: どちらでも

(8) ご希望の連絡曜日(複数回答可)

1: いつでも 2: 月 3: 火 4: 水

5: 木 6: 金 7: 土 8: 日

(9) ご希望の連絡時間帯(複数回答可)

1: いつでも 2: 8-12時

3: 12-19時 4: 19-24時 5: その他

※ 5.の場合，ご希望の時間帯を教えてください。

CIRCLe登録票 マーク式(2)

点線より右側は汚さないようお気を付けください。

(5) 自宅郵便番号(7桁)

2	3	4	0	0	5	4
---	---	---	---	---	---	---

二
☐
☒
☐

☐
☐
☐
☐

[illegible]

(6) 連絡先電話番号(10, 11桁)

先頭 0 4 5

1 2 3 4

5 6 7 8

末尾

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☒ ☒

[illegible]

※ 左から詰めて記入してください。

※ 上から詰めてマークしてください。

● 携帯電話 → 全ての口を使用

- 固定電話 → 一つ余ることが多い

(7) ご希望の連絡方法

1: 電話 2: メール 3: どちらでも

(8) ご希望の連絡曜日(複数回答可)

①: いつでも 2: 月 3: 火 4: 水

5: 木 6: 金 7: 土 8: 日

(9) ご希望の連絡時間帯(複数回答可)

1: いつでも (2:) 8-12時

③: 12-19時 4: 19-24時 5: その他

※ 5.の場合，ご希望の時間帯を教えてください。

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
0	●	●	0	0	0	0	0	0	0

記入欄

CIRCLE登録票 マーク式(3)

点線より右側は汚さないようお気を付けください。

(10) 年齢が18歳以上の場合、患者さんに同意能力がありますか？

1: はい 2: いいえ 3: 18歳未満

☐[illegible]

(11) 患者さんに該当する臨床研究・治験の提案がある場合、

1: 詳しく教えてほしい
2: 情報はいいらない
3: 今はわからない

[illegible]

(12) 患者さんは現在治験に参加されていますか？

1: はい 2: いいえ

[illegible]

※ 1.の場合，治験の名称・内容を分かる範囲で教えてください。

(13) 患者さんはこれまでに他の医療データベースに情報を登録していたことが、

1: ある 2: ない

[illegible]

※ 1.の場合、データベースの名前をわかる範囲で教えてください。

CIRCLe登録票 マーク式(3)

点線より右側は汚さないようお気を付けください。

(10) 年齢が18歳以上の場合、患者さんに同意能力がありますか？

1: はい 2: いいえ (3: 18歳未満)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
0	0	●	0	0	0	0	0	0	0

(11) 患者さんに該当する臨床研究・治験の提案がある場合、

①: 詳しく教えてください
2: 情報はいいから
3: 今はわからない

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
●	0	0	0	0	0	0	0	0	0

(12) 患者さんは現在治験に参加されていますか？

①: はい 2: いいえ

[illegible]

痒みを抑える新薬の服用。
○○大学にて参加中。

※ 1.の場合、治験の名称・内容を分かる範囲で教えてください。

(13) 患者さんはこれまでに他の医療データベースに情報を登録していたことが、

①: ある 2: ない

△△△ネット

※ 1.の場合、データベースの名前をわかる範囲で教えてください。

記入欄

CIRCLe登録票 マーク式(4)

点線より右側は汚さないようお気を付けください。

(14) 自宅住所1 (都道府県, 市区町村)

(15) 自宅住所2 (上記以降)

(16) 通院先のCIRCLE参加医療機関名

1. 別紙2を確認し、当てはまる医療機関の番号をマークしてください。

2. 医療機関名をご記入ください。

3. 診察券番号をご記入ください。

※ 特にマークシートで反映できないアルファベットがある場合には正確にご記入ください。

4. 診察券番号をマークしてください。

※ 桁があまる場合は、上詰めでお願いします。

※ 桁が足りない場合は、上から詰めて可能な限りの番号をマークしてください。

※ アルファベットが存在する場合は、アルファベットを飛ばしてマークしてください。

(例) 診察券番号が、A 1 2 3 の場合

1	2	3	4	5	6	...
●	○	○	○	○	○	...
○	●	○	○	○	○	...
○	○	●	○	○	○	...
○	○	○	○	○	○	...
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	

[illegible]

CIRCLe登録票 マーク式(4)

点線より右側は汚さないようお気を付けください。

(14) 自宅住所1 (都道府県, 市区町村)

神奈川県横浜市港南区

(15) 自宅住所2 (上記以降)

○○台△△マンション1-2-3

(16) 通院先のCIRCLE参加医療機関名

1. 別紙2を確認し、当てはまる医療機関の番号をマークしてください。

2. 医療機関名をご記入ください。

濟生会横浜市東部病院

3. 診察券番号をご記入ください。

0123456789

※ 特にマークシートで反映できないアルファベットがある場合には正確にご記入ください。

4. 診察券番号をマークしてください。

※ 桁があまる場合は、上詰めでお願いします。

※ 桁が足りない場合は、上から詰めて可能な限りの番号をマークしてください。

※ アルファベットが存在する場合は、アルファベットを飛ばしてマークしてください。

(例) 診察券番号が, A 1 2 3 の場合

1	2	3	4	5	6
●	○	○	○	○	○
○	●	○	○	○	○
○	○	●	○	○	○
○	○	○	○	○	○
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮

[illegible]

記入欄

CIRCLe登録票 マーク式(5)

点線より右側は汚さないようお気を付けください。

(17)胆汁うっ滞性肝疾患の診療の目的でCRICle参加医療機関以外に通院した医療機関を、最大二つまで教えてください。

1つ目

1. 医療機関名をご記入ください。

2. 診察券番号をご記入ください。

※ 特にマークシートで反映できないアルファベットがある場合には正確にご記入ください。

3. 診察券番号をマークしてください。

※ 桁があまる場合は、上詰めでお願いします。

※ 桁が足りない場合は、上から詰めて可能な限りの番号をマークしてください。

※ アルファベットが存在する場合は、アルファベットを飛ばしてマークしてください。

2つ目

※ 上記と同様の点に注意してご記入ください。

1. 医療機関名をご記入ください。

2. 診察券番号をご記入ください。

3. 診察券番号をマークしてください。

☐[illegible][illegible]☐☐

CIRCLe登録票 マーク式(5)

点線より右側は汚さないようお気を付けください。

(17)胆汁うっ滞性肝疾患の診療の目的でCRICle参加医療機関以外に通院した医療機関を、最大二つまで教えてください。

12目

1. 医療機関名をご記入ください。

○○○クリニック

2. 診察券番号をご記入ください。

B0123456789

※ 特にマークシートで反映できないアルファベットがある場合には正確にご記入ください。

3. 診察券番号をマークしてください。

※ 桁があまる場合は、上詰めでお願いします。

※ 桁が足りない場合は、上から詰めて可能な限りの番号をマークしてください。

※ アルファベットが存在する場合は、アルファベットを飛ばしてマークしてください。

2つ目

※ 上記と同様の点に注意してご記入ください。

1. 医療機関名をご記入ください。

△△△医院

2. 診察券番号をご記入ください。

00123456789

3. 診察券番号をマークしてください。

[illegible][illegible]

[illegible]

患者さんの出産について
お母さまへの質問です。

点線より右側は汚さないようお気を付けください。

[illegible][illegible][illegible][illegible]

患者さんの出産について
お母さまへの質問です。

点線より右側は汚さないようお気を付けください。

3	0	才
---	---	---

1 6 0 センチメートル

- ※ 母子手帳をご確認ください
- ※ 二桁の場合、先頭に0を入れてください

0	5	5	キログラム
---	---	---	-------

0	6	3	キログラム
---	---	---	-------

- ※ 母子手帳をご確認ください
- ※ 二桁の場合、先頭に0を入れてください

1	2	5
---	---	---

0	8	5
---	---	---

1	4	5
---	---	---

1	0	7
---	---	---

記入欄

CIRCLE登録票 マーク式(7)

患者さんの出産について
お母さまへの質問です。

点線より右側は汚さないようお気を付けください。

(5) 定期的に通院して診察、検査、
治療を受ける必要のある（あった）
病気はありますか？（複数回答可）

- 1: 妊娠糖尿病
- 2: 妊娠高血圧
- 3: 妊娠中の黄疸・かゆみ
- 4: 膠原病（リウマチ、全身性エリス
マトーデスなど）
- 5: 精神疾患
- 6: 肝障害
- 7: 虫歯
- 8: 胆石
- 9: その他

※ 9. がある場合、病名を記載してください。

鉛筆等で丁寧に塗りつぶしていただけると幸いです。

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

(6) 喫煙習慣はありましたか？

妊娠判明2か月以内

- 1: 吸った
- 2: 吸わなかった

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

妊娠期間中

- 1: 吸った
- 2: 吸わなかった

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

CIRCLE登録票 マーク式(7)

患者さんの出産について
お母さまへの質問です。

点線より右側は汚さないようお気を付けください。

(5) 定期的に通院して診察、検査、
治療を受ける必要のある（あった）
病気はありますか？（複数回答可）

- 1: 妊娠糖尿病
- ② 2: 妊娠高血圧
- 3: 妊娠中の黄疸・かゆみ
- 4: 膠原病（リウマチ、全身性エリス
マトーデスなど）
- 5: 精神疾患
- 6: 肝障害
- ⑦ 7: 虫歯
- 8: 胆石
- ⑨ 9: その他

気管支喘息、花粉症

※ 9. がある場合、病名を記載してください。

鉛筆等で丁寧に塗りつぶしていただけると幸いです。

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
0	●	0	0	0	0	●	0	●	0

(6) 喫煙について教えてください

妊娠判明2か月以内

- ① 1: 吸った
- 2: 吸わなかった

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
●	0	0	0	0	0	0	0	0	0

妊娠期間中

- 1: 吸った
- ② 2: 吸わなかった

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
0	●	0	0	0	0	0	0	0	0

記入欄

CIRCLE登録票 マーク式(8)

患者さんの出産について
お母さまへの質問です。

点線より右側は汚さないようお気を付けください。

(7) 飲酒に関して教えてください

※ 日本酒一合（180 mL）の目安は以下になります。

- ビール 500 mL
- 焼酎（25度）110 mL
- ウイスキーダブル 1杯（60 mL）
- ワイン 2杯（240 mL）

鉛筆等で丁寧に塗りつぶしていただけると幸いです。

妊娠判明前の頻度

- 1: 毎日
- 2: 時々
- 3: ほとんど飲まなかった

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

妊娠判明前の飲酒日の酒量

- 1: 1合未満（飲まなかった場合も含む）
- 2: 1～2合未満
- 3: 2～3合未満
- 4: 3合以上

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

妊娠期間中の頻度

- 1: 毎日
- 2: 時々
- 3: ほとんど飲まなかった

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

妊娠期間中の飲酒日の酒量

- 1: 1合未満（飲まなかった場合も含む）
- 2: 1～2合未満
- 3: 2～3合未満
- 4: 3合以上

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

CIRCLE登録票 マーク式(8)

患者さんの出産について
お母さまへの質問です。

点線より右側は汚さないようお気を付けください。

(7) 飲酒に関して教えてください

※ 日本酒一合（180 mL）の目安は以下になります。

- ビール 500 mL
- 焼酎（25度）110 mL
- ウイスキーダブル 1杯（60 mL）
- ワイン 2杯（240 mL）

鉛筆等で丁寧に塗りつぶしていただけると幸いです。

妊娠判明前の頻度

- 1: 毎日
- 2: 時々
- 3: ほとんど飲まなかった

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

妊娠判明前の飲酒日の酒量

- 1: 1合未満（飲まなかった場合も含む）
- 2: 1～2合未満
- 3: 2～3合未満
- 4: 3合以上

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
0	0	0	●	0	0	0	0	0	0

妊娠期間中の頻度

- 1: 毎日
- 2: 時々
- 3: ほとんど飲まなかった

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
0	●	0	0	0	0	0	0	0	0

妊娠期間中の飲酒日の酒量

- 1: 1合未満（飲まなかった場合も含む）
- 2: 1～2合未満
- 3: 2～3合未満
- 4: 3合以上

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
0	●	0	0	0	0	0	0	0	0

記入欄

CIRCLE登録票 マーク式(9)

患者さんの出産について
お母さまへの質問です。

(8) 出産した医療機関名

※ 母子手帳をご確認ください

(9) 陣痛促進剤（点滴）の使用の有無

1: あり 2: なし 3: 不明

(10) 分娩時間

※ 母子手帳をご確認ください

※ 一桁の場合、先頭に0を入れてください

 時間

(11) 出血量

※ 母子手帳をご確認ください

※ 三桁の場合、先頭に0を入れてください

 ミリリットル

(12) 出産前後2~3日以内の発熱

1: あり 2: なし 3: 不明

(13) 妊娠回数（今回を含む）

 回

(14) 分娩回数（今回を含む）

 回

点線より右側は汚さないようお気を付けください。

鉛筆等で丁寧に塗りつぶしていただけると幸いです。



1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0



CIRCLE登録票 マーク式(9)

患者さんの出産について
お母さまへの質問です。

(8) 出産した医療機関名

※ 母子手帳をご確認ください

(9) 陣痛促進剤（点滴）の使用の有無

①: あり 2: なし 3: 不明

(10) 分娩時間

※ 母子手帳をご確認ください

※ 一桁の場合、先頭に0を入れてください

 時間

(11) 出血量

※ 母子手帳をご確認ください

※ 三桁の場合、先頭に0を入れてください

 ミリリットル

(12) 出産前後2~3日以内の発熱

①: あり 2: なし 3: 不明

(13) 妊娠回数（今回を含む）

 回

(14) 分娩回数（今回を含む）

 回

点線より右側は汚さないようお気を付けください。

鉛筆等で丁寧に塗りつぶしていただけると幸いです。



1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
●	0	0	0	0	0	0	0	0	0

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
●	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	●	0	0	0	0	0	0

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	●
0	0	0	0	●	0	0	0	0	0
0	●	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	●	0	0	0	0

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
●	0	0	0	0	0	0	0	0	0

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
0	0	●	0	0	0	0	0	0	0

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
0	●	0	0	0	0	0	0	0	0



記入欄

CIRcLe登録票 マーク式(10)

患者さんのお父さまへの
質問です。

(1) 年齢 (現在)

オ

(2) 身長 (現在)

センチメートル

(3) 体重 (現在)

※ 二桁の場合、先頭に0を入れてください

キログラム

(4) 定期的に通院して診察、検査、
治療を受ける必要のある (あった)
病気はありますか? (複数回答可)

- 1: 心臓疾患
- 2: 糖尿病
- 3: 高血圧
- 4: 肝障害
- 5: 肥満症
- 6: 胆石
- 7: その他

※ 7. がある場合、病名を記載してください。

点線より右側は汚さないようお気を付けください。

鉛筆等で丁寧に塗りつぶしていただけると幸いです。



1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0



1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0



1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0



1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0



CIRcLe登録票 マーク式(10)

患者さんのお父さまへの
質問です。

(1) 年齢 (現在)

オ

(2) 身長 (現在)

センチメートル

(3) 体重 (現在)

※ 二桁の場合、先頭に0を入れてください

キログラム

(4) 定期的に通院して診察、検査、
治療を受ける必要のある (あった)
病気はありますか? (複数回答可)

- 1: 心臓疾患
- 2: 糖尿病
- ③: 高血圧
- 4: 肝障害
- ⑤: 肥満症
- 6: 胆石
- ⑦: その他

気管支喘息、花粉症

※ 7. がある場合、病名を記載してください。

点線より右側は汚さないようお気を付けください。

鉛筆等で丁寧に塗りつぶしていただけると幸いです。



1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
0	0	●	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	●	0	0



1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
●	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	●	0	0	0
0	0	●	0	0	0	0	0	0	0



1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	●
0	0	0	0	0	0	●	0	0	0
0	0	0	0	●	0	0	0	0	0



1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
0	0	●	0	●	0	●	0	0	0



記入欄

CIRCLE登録票 マーク式(11)

患者さんのお父さまへの
質問です。

(5) 飲酒に関して教えてください

※ 日本酒一合（180 mL）の目安は以下になります。

- ビール 500 mL
- 焼酎 (25度) 110 mL
- ウィスキーダブル 1杯 (60 mL)
- ワイン 2杯 (240 mL)

頻度

- 1: 毎日
2: 時々
3: ほとんど飲まなかった

飲酒日の酒量

- 1: 1合未満 (飲まなかった場合も含む)
2: 1~2合未満
3: 2~3合未満
4: 3合以上

(6) 喫煙歴について教えてください

1年前

1: あり
2: なし

現在

1: あり
2: なし

点線より右側は汚さないようお気を付けください。

鉛筆等で丁寧に塗りつぶしていただけると幸いです。

[illegible][illegible][illegible][illegible]

CIRCLe登録票 マーク式(11)

患者さんのお父さまへの
質問です。

(5) 飲酒に関して教えてください

※ 日本酒一合（180 mL）の目安は以下になります。

- ビール 500 mL
- 焼酎 (25度) 110 mL
- ウィスキーダブル 1杯 (60 mL)
- ワイン 2杯 (240 mL)

頻度

- ①: 毎日
2: 時々
3: ほとんど飲まなかった

飲酒日の酒量

- 1: 1合未満 (飲まなかった場合も含む)
- 2: 1~2合未満
- 3: 2~3合未満
- 4: 3合以上

(6) 喫煙歴について教えてください

1年前 (1) あり
2: なし

現在 1: あり
2: なし

点線より右側は汚さないようお気を付けください。

鉛筆等で丁寧に塗りつぶしていただけると幸いです。

[illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
0	0	0	●	0	0	0	0	0	0

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
●	○	○	○	○	○	○	○	○	○

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
0	●	0	0	0	0	0	0	0	0