

# 健康診査質問票

以下の太枠内をご記入のうえ、健康診査当日に持参してください。

氏名	ふりがな 漢 字		性別	男 女	個人 コード		受診No.	
							健診日	
生 年 月 日	昭和 平成	年	月	日	〒	—		
					住 所	早島町		
					電話番号 ( )			
					携 帯 ( )			

受診券整理番号	保険の種類	保険者番号	被保険者証等 記号・番号
	国・後 ( )		

No.	質問事項 (※該当する項目の□に☑もしくは該当する番号を記入下さい。)	回 答	
		はい	いいえ
1~3	現在、aからcの薬の使用有無 ※医師の判断・治療のもとで服薬中のものを指す		
服用 歴	1 a 血圧を下げる薬 ★服用歴__歳～現在服用:中止(__歳まで服用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 b インスリン注射または血糖を下げる薬 ★服用歴__歳～現在服用:中止(__歳まで服用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 c コレステロールや中性脂肪を下げる薬 ★服用歴__歳～現在服用:中止(__歳まで服用)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
既往 歴	4 医師から脳卒中(脳出血・脳梗塞等)と診断されたり、治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5 医師から心臓病(狭心症・心筋梗塞等)と診断されたり、治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6 医師から慢性の腎不全と診断されたり、治療(人工透析)を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7 医師から貧血と診断されたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
上記1~7の中で、現在特に気になっている症状がありますか(具体的な症状: )			
現在治療中の病気はありますか 注)1高血圧・2糖尿病・3:脂質異常 上記1~3以外で		<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 眼科疾患 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症・痛風 <input type="checkbox"/> その他( )	
喫煙	8 現在、たばこを習慣的に吸っていますか	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-top: 5px;">           ※「現在、習慣的に喫煙している者」とは「合計100本以上、または6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者         </div>	
体重	9 20歳時の体重と比べて、10kg以上増加していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
運動	10 1回30分以上の、軽く汗をかく運動を週に2日以上、1年以上実施していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11 日常生活において、歩行または同等の身体運動を、1日1時間以上実施していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12 ほぼ同じ年齢の人と比較して、歩く速度は速い方ですか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食 習 慣	13 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。	1:何でもよくかんで食べることができる。 2:歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいところがある。 3:ほとんどかめない。	
	14 人と比較して食べる速度は速い方ですか。	1:速い 2:普通 3:遅い	
	15 就寝の2時間以内に夕食を取ることが、週に3回以上ありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16 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。	1: 毎日 2: 時々 3: ほとんど摂取しない	
	17 朝食を抜くことが、週に3回以上ありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お酒	18 お酒(日本酒・焼酎・ビール・洋酒)を飲む頻度はどうですか。	1: 毎日 2: 時々 3: ほとんど飲まない(飲めない)	
	19 飲酒日の1日あたりの飲酒量はどのくらいですか。 ※それぞれを1合と換算してお答え下さい。 日本酒1合(180ml) ビール中瓶1本(500ml) ワイン2杯(240ml)	1: 1合 未満 2: 1~2合 未満 3: 2~3合 未満 4: 3合 以上	
休養	20 睡眠で休養が十分とれていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
変 容	21 運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。	1:改善するつもりはない 2:改善するつもりである(概ね6ヶ月以内) 3:近いうち(概ね1ヶ月以内)に改善するつもりであり、少しずつ始めている。 4:既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) 5:既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)	
	22 生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他	この1年で、体重の増減が±3kg以上ありましたか。(約 kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※記載された個人情報、上記の業務に使用する他は、他の用途に使用せず、厳重に守られます。