

健康診断 問診票

受診日 令和 年 月 日

* 太線の中をボールペンで記入してください

フリガナ		大 昭 和 平
氏名		年 月 日生
	男・女	(歳)
住所	(〒 -)	(TEL - -)

* 該当する方に○をつけて下さい

最後の飲食の後、何時間たっていますか	10時間未満	10時間以上
1-3 現在、次の薬を使用していますか	a (高血圧) 血圧を下げる薬	はい ・ いいえ
	b (糖尿病) インスリン又は血糖を下げる薬	はい ・ いいえ
	c (脂質異常症) コレステロールを下げる薬	はい ・ いいえ
4 医師から脳卒中(脳出血、脳梗塞)にかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか	はい ・ いいえ	
5 医師から心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか	はい ・ いいえ	
6 医師から慢性腎不全にかかっていると言われたり、治療(人工透析)を受けたことがありますか	はい ・ いいえ	
7 過去2~3年の間に医師から貧血と言われたことがありますか	はい ・ いいえ	
8 現在、たばこを習慣的に吸っていますか ①習慣的に吸っている(最近1ヶ月間吸っている、生涯で6か月間以上吸っている又は合計100本以上吸っている) ②1か月前まで吸っていた(生涯で6か月間以上吸っている又は合計100本以上吸っている) ③吸っていない	1 ・ 2 ・ 3	
9 20歳の時の体重から10kg以上増加している。	はい ・ いいえ	
10 1回30分以上の軽く汗をかく運動(速歩、ジョギング等)を週2日以上、1年以上実施していますか	はい ・ いいえ	
11 日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか	はい ・ いいえ	
12 ほぼ同じ年齢の同性を比較して歩くのが速いですか	はい ・ いいえ	
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 2. かみにくい 3. ほとんどかめない	
15 人と比較して食べるのが速いですか	速い	ふつう 遅い
16 就寝前の2時間以内に夕食を食べることが週に3回以上ありますか	はい ・ いいえ	
17 夕食後に間食(3食以外の夜食)を食べる事が週に3回以上ありますか	はい ・ いいえ	
18 朝食を食べない日が週に3回以上ありますか	はい ・ いいえ	
19 お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどのくらいですか	毎日 週5~6日 週3~4日 週1~2日 月に1~3日 月に1日未満 やめた 飲まない(飲めない)	
20 飲酒日の1日当たりの飲酒量はどのくらいですか 清酒1合(180ml)の目安:ビール中瓶1本(約500ml)、焼酎25度(110ml) ウイスキー(60ml)、缶酎ハイ(500ml)、ワイン(180ml)	1合未満 2~3合未満	1~2合未満 3~5合未満 5合以上
21 睡眠で休養が十分とれていますか	はい ・ いいえ	
22 運動や食生活等の生活習慣病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. 改善するつもりです(概ね6ヶ月以内)	
	3. 近いうちに(概ね1ヶ月以内)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)	
23 生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	はい ・ いいえ	
24 過去に次のような病気にかかったことがありますか (該当するものに○をつけてください) 1. 高血圧 2. 脳卒中 3. 心筋梗塞 4. 狭心症 5. その他の心臓病 6. 糖尿病 7. 肝臓病(肝機能異常を含む) 8. 腎臓病 9. 高脂血症 10. 痛風 11. 貧血 12. 結核・肋膜炎 13. 広範な外科的処置 14. 妊娠・分娩時多量出血 15. その他() 16. なし		
25 現在、次のような症状がありますか(該当するものに○をつけてください) 1. 頭痛 2. 耳なり 3. めまい 4. 息切れ 5. 動悸 6. 胸を急にしめつけられる感じ 7. 手足のしびれ 8. 手足のまひ 9. 口がかわく 10. 食欲不振 11. 急にやせた 12. 急に太った 13. むくみ 14. 尿の回数が多い(昼・夜) 15. せき・たん 16. その他() 16. なし		