

※2024年4月2日～第四期対応

## 問診票

フリガナ										
氏名	様	生年月日	昭和	<input type="checkbox"/>		年		月		日
		性別	平成	<input type="checkbox"/>						
		男性	<input type="checkbox"/>							
		女性	<input type="checkbox"/>							
住所	郵便番号 〒 市・郡									
自宅	( - - )		携帯	( - - )						
緊急連絡先	氏名 ( )	続柄 ( )	連絡先	( - - )						

※緊急連絡先は必ずご記入頂きますようお願いいたします。(ご家族・職場など)

以下の質問について、それぞれ該当する欄(1つ)に☑をつけてください。

1	血圧を下げる薬を服用している ☆	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
2	インスリン注射または血糖を下げる薬を服用している ☆	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
3	コレステロールを下げる薬を服用している ☆	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
4	医師から脳卒中(脳出血、脳梗塞等)の診断を受けたり、治療を受けたことがある	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
5	医師から心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の診断を受けたり、治療を受けたことがある	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
6	医師から慢性腎不全の診断を受けたり、治療(人工透析)を受けたことがある	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
7	医師から貧血と言われた事がある	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 (現在、習慣的に喫煙している者とは、条件1と条件2を満たす者である。 条件1:最近1か月間吸っている 条件2: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) ☆	<input type="checkbox"/> ①はい(条件1と条件2を両方満たす) <input type="checkbox"/> ②以前は吸って いたが、最近1か月間は吸っていない(条件2のみ満たす) <input type="checkbox"/> ③いいえ(①②以外)	
9	20歳の時から10kg以上増加している	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上1年以上実施している	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
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る	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度は速い	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> 歯や歯ぐき、かみ合わせなど気になる部分があり、かみにくいことがある <input type="checkbox"/> ほとんどかめない	
14	人と比較して食べる速度が速い	速い <input type="checkbox"/>	ふつう <input type="checkbox"/> 遅い <input type="checkbox"/>
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い物を摂取していますか	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど摂取していない	
17	朝食を抜くことが週3回以上ある	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどのくらいですか (【やめた】とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年間以上酒類を摂取していない者)	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週5~6日 <input type="checkbox"/> 週3~4日 <input type="checkbox"/> 週1~2日 <input type="checkbox"/> 月に1~3日 <input type="checkbox"/> 月に1日未満 <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 飲まない(飲めない)	
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)、ビール(同5度・500ml)、焼酎(同25度・約110ml) ワイン(14度・約180ml)、ウイスキー(同43度・60ml)、缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・350ml)	<input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1~2合未満 <input type="checkbox"/> 2~3合未満 <input type="checkbox"/> 3~5合未満 <input type="checkbox"/> 5合以上	
20	睡眠で休養が十分とれている	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
21	運動や食生活の生活習慣を改善してみようと思いませんか	<input type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 近いうちに改善するつもりであり、少しずつ始めている <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6か月以上)	<input type="checkbox"/> 改善するつもりである(6か月以内) <input type="checkbox"/> 既に取り組んでいる(6か月未満)
22	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 <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>

※問診票にご記載いただいた内容は健診結果に反映されます

以下の質問について、それぞれ該当する欄(1つ)に☑をつけ、該当する場合は詳細を記入してください。

1	手術を受けたことがありますか?	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	詳細( )
2	アレルギーはありますか?	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	花粉症・食べ物(品目 )・アトピー性皮膚炎・その他( )
3	薬の副作用はありますか?	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	詳細( )
4	生理中ですか?(女性の方)	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	⇒ 妊娠中または妊娠の可能性 あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>

既往歴について 該当箇所を発症年齢と現況に☑をつけてください

特になし  (上記の1の質問で手術を受けたと答えた方は、下の病名にもチェックをいれてください)

病名	発症年齢	現況	病名	発症年齢	現況
高血圧		治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/>	低血圧		治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/>
糖尿病		治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/>	がん		治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/>
高脂血症・脂質異常症		治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/>	胃・十二指腸疾患		治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/>
脳卒中・脳血管障害		治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/>	その他の消化器疾患		治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/>
狭心症・心筋梗塞		治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/>	うつ		治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/>
その他の心臓病		治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/>	喘息		治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/>
慢性腎疾患		治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/>	緑内障		治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/>
その他の腎疾患		治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/>	骨粗鬆症		治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/>
貧血		治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/>	前立腺肥大		治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/>
不整脈		治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/>	甲状腺疾患		治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/>
B型C型肝炎		治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/>	呼吸器系疾患		治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/>
その他の肝臓病		治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/>	高尿酸血症(痛風)		治療中・服薬中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/>
その他の病気(左詰め) ( )					

自覚症状について 特になし  該当する症状に☑をつけてください

疲労感 <input type="checkbox"/>	めまい・立ちくらみ <input type="checkbox"/>	胸やけ <input type="checkbox"/>	意識消失 <input type="checkbox"/>	便秘 <input type="checkbox"/>
眼精疲労 <input type="checkbox"/>	頭痛 <input type="checkbox"/>	胃痛 <input type="checkbox"/>	不眠 <input type="checkbox"/>	下痢 <input type="checkbox"/>
首・肩こり <input type="checkbox"/>	咳がよくでる <input type="checkbox"/>	手足のむくみ <input type="checkbox"/>	体重減少 <input type="checkbox"/>	血便 <input type="checkbox"/>
動悸 <input type="checkbox"/>	痰がよくでる <input type="checkbox"/>	手足のしびれ・まひ <input type="checkbox"/>	関節が痛む <input type="checkbox"/>	胃部不快感 <input type="checkbox"/>
息切れ <input type="checkbox"/>	胸痛 <input type="checkbox"/>	舌のもつれ <input type="checkbox"/>	耳鳴り <input type="checkbox"/>	残尿感 <input type="checkbox"/>
その他(左詰め) ( )				

他覚症状について 最近、まわり(第三者)から、健康上について何か言われたことがあれば記入してください

特になし

その他(左詰め) ( )

採血について 該当する箇所☑をつけてください

過去に採血をして気分が悪くなったことがある  血が止まりにくい、または血液をさらさらにする薬(ワーファリン等)を服薬中である

業務歴について 該当する箇所数年を記入し、複数業務歴のある方は、現職に☑をつけてください

職種	現職	従事年数	職種	現職	従事年数
事務職 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年	製造業 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年
営業職 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年	建設・建築業 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年
販売職 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年	その他( ) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年
業務経験なし <input type="checkbox"/>					

受診後にアンケートをお送りしてよろしいですか? はい ・ いいえ

問診は以上です。おつかれさまでした。裏面に来院時の注意事項がありますのでご確認ください。