

## 健康診断 質問票 (1)

下記の項目について記入し、健診結果に添えて提供してください。

				受診日	
記号		番号		氏名	
事業所名			医療機関名		

① 既往歴について…過去に大きな病気にかかったことや手術をされたことがありましたらご記入ください。

<input type="checkbox"/> 特になし (ない場合はこちらにチェックをお願いします)
<p>〔病名 ( ) 発病年齢__才 / 経過 (チェックを入れてください→) <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 放置 <input type="checkbox"/> 経過観察</p> <p>〔病名 ( ) 発病年齢__才 / 経過 (チェックを入れてください→) <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 放置 <input type="checkbox"/> 経過観察</p> <p>〔病名 ( ) 発病年齢__才 / 経過 (チェックを入れてください→) <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 放置 <input type="checkbox"/> 経過観察</p>

② 自覚症状について…下記の自覚症状があればチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/> 特になし (ない場合はこちらにチェックをお願いします)
<p><input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めまい、立ちくらみ <input type="checkbox"/> 耳鳴りがする <input type="checkbox"/> 目の疲れがある <input type="checkbox"/> よく眠れない、疲れやすい <input type="checkbox"/> 体がだるい <input type="checkbox"/> 食欲がない</p> <p><input type="checkbox"/> 吐き気がする <input type="checkbox"/> せきやたんが続いている <input type="checkbox"/> 胸の圧迫感、痛みがある <input type="checkbox"/> 動悸・息切れがする <input type="checkbox"/> 胃腸が痛むことがある</p> <p><input type="checkbox"/> 便秘気味である <input type="checkbox"/> よく下痢をする <input type="checkbox"/> 血便が出る <input type="checkbox"/> 便が細い <input type="checkbox"/> 血尿が出る <input type="checkbox"/> 残尿感がある <input type="checkbox"/> 神経痛がある</p> <p><input type="checkbox"/> 腰痛がある <input type="checkbox"/> 首、肩がこる <input type="checkbox"/> 手足がむくむ <input type="checkbox"/> 手足がしびれる <input type="checkbox"/> 関節が痛む <input type="checkbox"/> その他 ( )</p>

裏面の質問についてもお答えください

## 健康診断 質問票（２）

記号		番号		氏名	
----	--	----	--	----	--

	質 問 項 目	回 答
1-3	現在、a から c の薬を服用していますか。	
1	a. 血圧を下げる薬	①はい ②いいえ
2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	①はい ②いいえ
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	①はい ②いいえ
4	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ
5	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析など）を受けていますか。	①はい ②いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがありますか。	①はい ②いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っている。 （※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計 100 本以上、又は 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）	①はい ②いいえ
9	20 歳の時の体重から 10kg 以上増加している。	①はい ②いいえ
10	1 回 30 分以上の軽く汗をかく運動を週 2 日以上、1 年以上の実施	①はい ②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	①はい ②いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	①はい ②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、かみにくいことがある ③ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速い。	①速い ②ふつう ③遅い
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。	①はい ②いいえ
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 回以上ある。	①はい ②いいえ
18	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度	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 日当たりの飲酒量 日本酒 1 合（180ml）の目安：ビール 500ml、焼酎 2.5 度（110ml）ウイスキーダブル一杯（60ml）、ワイン 2 杯（240ml）	①1 合未満 ②1～2 合未満 ③2～3 合未満 ④3 合以上
20	睡眠で休養が十分とれている。	①はい ②いいえ
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）
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。	①はい ②いいえ