

特定健康診査・健康診査質問票

| | | | | | | |
|------|-------------------|-----|---|---|---|------|
| 住所 | 〒 _____ TEL _____ | | | | | |
| ふりがな | 男・女 | S・H | 年 | 月 | 日 | ()歳 |
| 氏名 | | | | | | |
| お勤め先 | TEL _____ | | | | | |

| 質問 | 回答 |
|---|---|
| 1 血圧を下げる薬を使用していますか | ①はい ②いいえ |
| 2 インスリン注射又は血糖を下げる薬を使用していますか | ①はい ②いいえ |
| 3 コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用していますか | ①はい ②いいえ |
| 4 医師から、脳卒中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を受けたことがありますか | 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ますか ※〔 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 〕 | ①はい(条件1と2を両方満たす) ②以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない ③いいえ(①②以外) |
| 9 20歳の時の体重から10kg以上増加していますか | 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年以上実施していますか | ①はい ②いいえ |
| 11 日常生活において歩行又は同等の運動を1日1時間以上実施していますか | 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ですか | 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ですか | ①速い ②普通 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回以上ありますか | 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回以上ありますか | ①はい ②いいえ |
| 18 お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどの程度ですか (※「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年以上酒類を摂取していない者) | ①毎日 ②週5~6日 ③週3~4日 ④週1~2日 ⑤月に1~3日 ⑥月に1日未満 ⑦やめた ⑧飲まない |
| 19 飲酒日の1日当たりの飲酒量はどの程度ですか 清酒1合(1800ml)の目安:ビール中瓶1本(約500ml)、焼酎35度(80ml)、 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 ④3~5合未満 ⑤5合以上 |
| 20 睡眠で休養が十分にとれていますか | 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か月以内) ③近いうちに(概ね1か月以内)改善するつもりで少しずつ始めている ④既に取り組んでいる(半年未満) ⑤既に取り組んでいる(半年以上) |
| 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 | ①はい ②いいえ |

☆ 本日食事をしましたか？(甘い飲み物、アメ・ガムを含む)

1)はい 2)いいえ

↓

それは何時頃ですか？ 時 分 頃

- 既往歴について伺います。これまで治療したことのある病気がありましたら、右の空欄に○を記入して下さい

| | | | | | | | | |
|----|---------|--|---|-----------|--|----|----------|--|
| 1 | 高血圧 | | 5 | 高尿酸血症 | | 9 | 胃・十二指腸潰瘍 | |
| 2 | 低血圧 | | 6 | 腎不全以外の腎疾患 | | 10 | うつ | |
| 3 | 不整脈 | | 7 | 糖尿病 | | 11 | 骨粗鬆症 | |
| 4 | 高脂血症 | | 8 | 肝臓病 | | 12 | 貧血 | |
| 13 | その他 () | | | | | | | |

- 自覚症状について伺います。次の症状について、あてはまるものを右の空欄に○をつけて下さい。

| | | |
|---|---------|--|
| 1 | 胸の圧迫感 | |
| 2 | 心悸亢進・動悸 | |
| 3 | 息切れ | |
| 4 | 不眠 | |
| 5 | 肩こり・腰痛 | |
| 6 | 手足のしびれ感 | |
| 7 | 目眩・立眩み | |
| 8 | 頭痛・耳鳴り | |

| | | |
|----|----------|--|
| 9 | いつも調子が悪い | |
| 10 | 腹が張っている | |
| 11 | 下痢 | |
| 12 | 便秘 | |
| 13 | 下痢と便秘 | |
| 14 | 痔の傾向 | |
| 15 | その他 () | |

- 業務歴について伺います。《記入例：営業 2年 販売 3年 運送業 1年 など》

なし・あり()

- 個人情報保護について(承諾しない場合は受診の可否について事業主にご確認下さい。)

- * 問診票・健康診断結果については、健康診断の目的以外には利用致しません。
- * 但し、事業主(共同利用者含む)へ健康診断結果を通知致します。
- * 請求の際は、保険証の記号番号、氏名、性別、生年月日、受診日、健康診断コース内容料金を使用致します。

以上、同意の上 承諾する ・ 承諾しない

《女性の方のみご回答下さい》

現在生理中 はい・いいえ 妊娠の可能性 なし・あり・わからない
 〈妊娠中 週目〉

レントゲン(X線)検査撮影について(検査項目に含まれている方のみ)

- * 私は、妊娠又は妊娠の可能性もないのでX線撮影をすることに同意の上検査を受けることについて、承諾します ・ 承諾しません