

問 診 票
(特定健康診査・健康増進法に基づく健康診査)

フリガナ		(M ・ T ・ S ・ H)					
氏 名	生年 月 日	年 月 日	年齢	歳	性別	男・女	
受診年月日	年 月 日	電話番号	() -				

【問 診】 各設問において、該当する口にレ印をつけて下さい。また、 内には数字を記入してください。

※現在、該当疾患において医療機関にかかっておらず、既往歴もない場合は「現病歴なし」にレ印をつけて下さい。
※「経過観察」とは、医療機関で定期的な検査や診察は行っているが、服薬や注射などの治療を受けていない状態をいいます。

1 該当する疾患にて通院(経過観察含む)していますか？ 該当するものがあれば口にレ印をつけて下さい。	通院している (服薬・治療中)	通院している (経過観察中)	既往歴あり (5年以内)	該当疾患の 現病歴なし
(1) 特になし(※下記(2)~(11)に該当しない場合)	***	***	***	<input type="checkbox"/>
(2) 高血圧症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	***
(3) 糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	***
(4) 脂質異常症(高コレステロール血症、動脈硬化など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	***
(5) 脳血管疾患(脳出血、脳梗塞、くも膜下出血など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	***
(6) 心疾患(狭心症、心筋梗塞、不整脈、弁膜症など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	***
(7) 慢性腎臓病・腎不全	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	***
(8) 貧血症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	***
(9) 高尿酸血症・痛風	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	***	***
(10) 肝臓・胆嚢疾患(肝炎、胆石、脂肪肝など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	***
(11) う歯(虫歯)・歯周疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	***	***

2 最近6ヶ月以内の間に、次の症状がありましたか？ (該当しない場合はチェック不要)			
<input type="checkbox"/> 胸部不快感	<input type="checkbox"/> 動悸・不整脈	<input type="checkbox"/> 頭痛・めまい	<input type="checkbox"/> 呼吸困難感

3 喫煙についてお答えください。	
(1) 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 (※「現在、たばこを習慣的に吸っている」とは、条件1と2を両方満たすことを指します。 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"/> はい(条件1と条件2を両方満たす) <input type="checkbox"/> 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"/> いいえ(上記回答以外)

4 飲酒についてお答えください。	
(1) 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回以上の習慣的にお酒を飲んでいた方のうち、最近1年以上酒類を摂取していないことを指します。)	<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)
(2) 1日にどれくらいの量を飲みますか。	<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

【問診】（つづき）

5	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。		<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
6	1回30分以上の軽く汗をかく(少し息の切れる)運動を週2日以上、1年以上実施していますか。		<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
7	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。		<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
8	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。		<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
9	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、かみあ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
10	人と比較して食べる速度が速いですか。	<input type="checkbox"/> 速い	<input type="checkbox"/>	ふつう	<input type="checkbox"/>	遅い
11	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。		<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
12	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。	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/>	ときどき	<input type="checkbox"/>	ほとんど摂取しない
13	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。		<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
14	睡眠で休養が十分とれていますか。		<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
15	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。					
	<input type="checkbox"/> 改善するつもりはない	<input type="checkbox"/> 改善するつもりでいる	<input type="checkbox"/> 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。			
16	<input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6か月未満)		<input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6か月以上)			
	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。		<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
17	歯みがきのときに歯ぐきから血が出ることがありますか。		<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
18	デンタルフロス(糸ようじ)や歯間ブラシを使って歯と歯の隙間もきれいにしていきますか。		<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
19	定期的(年に1回以上)に歯の検診や予防のために歯科医院を受診していますか。		<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ

20 日頃の血圧自己測定についてお答えください。			
<input type="checkbox"/>	ほぼ毎日測定	} 最大血圧 <input type="text"/> mmHg 最小血圧 <input type="text"/> mmHg	
<input type="checkbox"/>	週に1回以上測定		
<input type="checkbox"/>	月に1回以上測定		
<input type="checkbox"/>	上記以外～測定しない		