

健康診断 問診票

受診者情報	健康保険証 記号 番号								氏 名			
	記号				番号				フリガナ			
									漢字			

以下の22項目の質問に、当てはまる番号に○印をつけて下さい。

平成 年 月 日

質問項目		回答	
1～3 現在、aからcの薬の使用の有無（※①）			
必須項目	1	a. 血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や慢性の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		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがある		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っている（※1） （※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「現在までに合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1か月間も吸っている者）		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
10	1回30分以上の汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。		<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
14	人と比較して食べる速度が速い		<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
18	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度		<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない
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25度（110ml）、ウイスキーダブル1杯（60ml）、ワイン2杯（240ml）		<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合以上
20	睡眠で休養が十分とれている		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 改善するつもりである（概ね6か月以内） <input type="checkbox"/> 近いうちに（概ね1か月以内）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か月未満） <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる（6か月以上）
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		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

※① 医師の診断・治療のもとで服薬中の者を指す。