

**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		生年 月日	(S・H) 年 月 日	年齢 歳	性別	男・女
氏名						
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か月以内の間に、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。	<input type="checkbox"/> 吸ったことがない <input type="checkbox"/> 以前吸っていた(ここ1か月以上吸っていない) <input type="checkbox"/> 現在、習慣的に吸っている
(2) 喫煙した年数はどの程度ですか。 (現在吸っている、又は以前に吸っていた方)	<span style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">    </span> 年
(3) 1日何本吸っていますか。 (現在吸っている、又は以前に吸っていた方)	<span style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">    </span> 本/日

4 飲酒についてお答えください。	
(1) あなたは、お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲みますか。	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日飲む(4日/週以上) <input type="checkbox"/> 時々飲む <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない(飲めない)
(2) 1日にどれくらいの量を飲みますか。 (1合、1本、1杯未満は、「0」を記入してください。) ※合・本・杯数を記入する口内は1桁とし、2桁以上の場合は「9」を記入してください。	・日本酒 <span style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">    </span> 合/日      ・ビール500ml缶 <span style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">    </span> 本/日 ・水割り <span style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">    </span> 杯/日      ・焼酎割り <span style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">    </span> 合/日

設問5につづきます

【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か月以内)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
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 最小血圧	}	mmHg 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			