

健康診断問診表

フリガナ

氏名

性別 男・女

生年月日

(歳)

住所 〒

電話番号

受診時 1. 食後3.5時間未満 2. 食後3.5以上10時間未満 3. 食後10時間以上

1.業務歴について(該当するものに○をしてください)

業務歴なし・事務・営業・販売・製造・建設・建築・運送業 その他()

2.病歴について(該当する回答に○をしてください)

現在、下記の薬の使用はありますか

血圧を下げる薬(高血圧)	はい	いいえ
インスリン注射又は血糖を下げる薬(糖尿病)	はい	いいえ
コレステロールを下げる薬(脂質代謝異常)	はい	いいえ

これまでに、下記の病気にかかっているとされたり、治療を受けたことがありますか

脳卒中(脳出血、脳梗塞など)	はい	いいえ
心臓病(狭心症、心筋梗塞など)	はい	いいえ
慢性腎不全、人工透析	はい	いいえ
貧血	はい	いいえ

その他の病歴があればご記入ください

3.生活習慣、嗜好品(タバコ・アルコール)について(該当する回答・番号に○をしてください)

喫煙状況について

- 現在習慣的に吸っている(喫煙年数 年/1日 本くらい)
- 吸っていたがやめた(喫煙年数 年/1日 本くらい)
- 吸わない

体重について

20歳の時の体重から10kg以上増加している	はい	いいえ
------------------------	----	-----

運動について

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	はい	いいえ
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	はい	いいえ
ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い	はい	いいえ

食生活について

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

- 何でもかんで食べることができる
- 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
- ほとんどかめない

他の人と比較して食べる速度	速い	普通	遅い
---------------	----	----	----

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	はい	いいえ
----------------------------	----	-----

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	毎日	時々	ほとんど摂取しない
----------------------------	----	----	-----------

朝食を抜くことが週3回以上ある	はい	いいえ
-----------------	----	-----

お酒(清酒・焼酎・ビール・洋酒など)飲む頻度

- 毎日
- 時々(週に 日)
- ほとんど飲まない(飲めない)

飲酒日の1日当たりの飲酒量

1. 1合未満	【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)
2. 1~2合未満	
3. 2~3合未満	
4. 3合以上	

睡眠について

睡眠で休養が十分とれている。	はい	いいえ
----------------	----	-----

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

- 改善するつもりはない
- 6ヶ月以内に改善したい
- できる限り近い内に組みみたい
- 取り組んで6ヶ月未満になる
- 取り組んで6ヶ月以上になる

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	はい	いいえ
----------------------	----	-----

4.自覚症状について

(該当する番号に○をしてください)

- 特になし
- イライラする、不安を感じる
- 眠れない
- 頭が痛い、重い
- 身体が疲れやすい、だるい
- のどが渇く
- やせてきた
- 太ってきた
- 目が疲れたり、かすんだりする
- めまいや立ちくらみがある
- 耳が聞こえにくい
- 耳鳴りがする
- 手足がしびれる
- 手足がむくむ
- 息切れがする
- 動機や脈の乱れがある
- 胸が締め付けられる
- 咳や痰がでる
- 吐き気がある
- 食欲がない
- 胸やけ、胃もたれがある
- 食物が飲み込みにくい
- 空腹時・食後にみぞおちが痛む
- 下腹部が張ったり痛みがある
- 便秘しやすい
- 下痢しやすい
- 便に血が混じる
- 尿の出が悪くなった
- 尿の回数が多い
- 排尿時に違和感がある
- 背中や肩が張る
- 腰痛がある
- 関節痛がある
- 皮膚にできものが出やすい
- その他、症状あればご記入ください

※以下は女性の方のみです

- 健診当日、生理中である
- 妊娠もしくはその可能性がある
- 授乳中である

5.家族歴について

ご家族の病歴(現在または過去)

について病名をご記入ください
父母()
なし・分からない

兄弟・姉妹()

なし・分からない