

健診当日体温 °C

健康診断問診表

受診日 年 月 日

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・サービス業その他()

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言われたり、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

1. 現在習慣的に吸っている(喫煙年数 年/1日 本くらい)

2. 吸っていたがやめた(喫煙年数 年/1日 本くらい)

3. 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

1. 何でも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

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

1. 毎日 2. 時々(週に 日) 3. 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】

2. 1~2合未満 ビール500ml、焼酎25度(110ml)、

3. 2~3合未満 ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)

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

1. 改善するつもりはない 4. 取り組んで6ヶ月未満になる

2. 6ヶ月以内に改善したい 5. 取り組んで6ヶ月以上になる

3. できる限り近い内に取り組みたい

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)

1. 特になし

2. イライラする、不安を感じる

3. 眠れない

4. 頭が痛い、重い

5. 身体が疲れやすい、だるい

6. のどが渇く

7. やせてきた

8. 太ってきた

9. 目が疲れたり、かすんだりする

10. めまいや立ちくらみがある

11. 耳が聞こえにくい

12. 耳鳴りがする

13. 手足がしびれる

14. 手足がむくむ

15. 息切れがする

16. 動悸や脈の乱れがある

17. 胸が締め付けられる

18. 咳や痰がでる

19. 吐き気がある

20. 食欲がない

21. 胸やけ、胃もたれがある

22. 食物が飲み込みにくい

23. 空腹時・食後にみぞおちが痛む

24. 下腹部が張ったり痛みがある

25. 便秘しやすい

26. 下痢しやすい

27. 便に血が混じる

28. 尿の出が悪くなった

29. 尿の回数が多い

30. 排尿時に違和感がある

31. 背中や肩が張る

32. 腰痛がある

33. 関節痛がある

34. 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

35. 健診当日、生理中である

36. 妊娠もしくはその可能性がある

37. 授乳中である

妊娠もしくはその可能性がある方は

必ず事前にスタッフまでお知らせください

5.家族歴(現在・過去)について

ご家族の病歴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