

健診当日体温 ℃

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

S
H 年 月 日 (歳)
R

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

3. 自覚症状について

1. 業務歴について(該当するものに○をしてください)

(該当する番号に○をしてください)

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、生活習慣、嗜好品について(該当する番号に○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)を使用している	1. はい	2. いいえ
インスリン注射又は血糖を下げる薬(糖尿病)を使用している	1. はい	2. いいえ
コレステロールや中性脂肪を下げる薬(脂質代謝異常)を使用している	1. はい	2. いいえ

医師から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)	1. はい	2. いいえ
心臓病(狭心症、心筋梗塞など)	1. はい	2. いいえ
慢性腎臓病、腎不全、人工透析	1. はい	2. いいえ
貧血	1. はい	2. いいえ

その他の病歴があればご記入ください

現在、たばこを習慣的に吸っていますか※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である

条件1: 最近1ヶ月間吸っている 条件2: 生涯で6ヶ月間以上吸っている又は合計100本以上吸っている

1. はい(条件1と条件2を両方満たす) 喫煙年数 年/1日 本くらい
2. 以前は吸っていたが、最近1ヶ月間は吸っていない(条件2のみ満たす) 3. いいえ(①②以外)

体重について

20歳の時の体重から10kg以上増加している	1. はい	2. 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	1. はい	2. 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	1. はい	2. いいえ
ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い	1. はい	2. 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	1. 速い	2. 普通	3. 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	1. はい	2. 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	1. 毎日	2. 時々	3. ほとんど摂取しない
----------------------------	-------	-------	--------------

朝食を抜くことが週3回以上ある	1. はい	2. いいえ
-----------------	-------	--------

お酒(日本酒・焼酎・ビール・洋酒など)を飲む頻度

(※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者)

1. 毎日	2. 週5~6日	3. 週3~4日	4. 週1~2日
5. 月に1~3日	6. 月に1日未満	7. やめた	8. 飲まない(飲めない)

飲酒日の1日当たりの飲酒量

日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安: ビール(同5度・500ml)、焼酎(同25度・約110ml)

ワイン(同14度、約180ml)、ウイスキー(同43度・60ml)、缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml)

1. 1合未満	2. 1~2合未満	3. 2~3合未満
4. 3~5合未満	5. 5合以上	

睡眠について

睡眠で休養が十分とれている。	1. はい	2. 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	2. 6ヶ月以内に改善したい
3. できる限り近い内に取り組みたい	4. 取り組んで6ヶ月未満になる
5. 取り組んで6ヶ月以上になる	

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	1. はい	2. いいえ
-------------------------	-------	--------

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

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

4. 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