

健康診断問診票（１）

記入日 令和 年 月 日

フリガナ			性別	男 ・ 女
氏 名				
生年月日（年齢）	大・昭・平 年 月 日 （ 歳）			
住 所	〒			
電話番号	（自宅）		（携帯）	
お勤め先 会社名	（電話番号）			

1. 血圧を下げる薬を服用している。	□ はい □ いいえ
2. インスリン注射または血糖を下げる薬を服用している。	□ はい □ いいえ
3. コレステロールを下げる薬を服用している。	□ はい □ 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る。	□ はい □ 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る。	□ はい □ いいえ
6. 医師から、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）を受けたことがある。	□ はい □ いいえ
7. 医師から、貧血といわれたことがある。	□ はい □ いいえ
8. 現在、たばこを習慣的に吸っている。 *「習慣的に吸っている」とは、「合計100本以上、または6ヶ月以上吸っている」ことであり、「最近1ヶ月間も吸っている」こと	□ はい □ いいえ
9. 20歳の時から体重が10kg以上増加している。	□ はい □ いいえ
10. 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している。	□ はい □ いいえ
11. 日常生活において歩行または同等の身体運動を1日1時間以上実施している。	□ はい □ 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。	□ はい □ いいえ
13. この1年間で体重の増減が±3kg以上あった。	□ はい □ いいえ
14. 人と比較して食べる速度が速い。	□ はい □ いいえ
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。	□ はい □ いいえ
16. 夕食後に間食（3食以外の夜食）をとることが週に3回以上ある。	□ はい □ いいえ
17. 朝食を抜くことが週3回以上ある。	□ はい □ いいえ
18. お酒（清酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度	□ 毎日 □ 時々 □ ほとんど飲まない
19. 飲酒日の1日当りの飲酒量 清酒1合（180ml）の目安：ビール中瓶1本（約500ml）、焼酎35度（80ml） ウイスキーダブル1杯（60ml） ワイン2杯（240ml）	□ 1合未満 □ 1～2合未満 □ 2～3合未満 □ 3合以上
20. 睡眠で休養が十分とれている。	□ はい □ いいえ
21. 運動や食生活等の生活習慣を改善しようと思いませんか？	□ はい □ いいえ
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？ （当院では保健指導を行っておりませんので、他施設で受けて頂くこととなります）	□ はい □ いいえ
23. 一番最後に食事をされたのは、何時頃ですか？	時 頃

* お手数お掛け致しますが、2ページ目もご記入下さい。

健康診断問診票（2）

24. 自覚症状について、下記の項目に✓を入れて下さい。

- | | | | |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 特になし | <input type="checkbox"/> 疲れやすい | <input type="checkbox"/> 頭痛 | <input type="checkbox"/> むくみ |
| <input type="checkbox"/> めまい | <input type="checkbox"/> 立ちくらみ | <input type="checkbox"/> 難聴
<small>ナンチョウ</small> | <input type="checkbox"/> 耳鳴り |
| <input type="checkbox"/> 目のかすみ | <input type="checkbox"/> 目の奥の痛み | <input type="checkbox"/> 視野が欠ける | <input type="checkbox"/> 首や脇の下のしこり |
| <input type="checkbox"/> 痰に血が混ざっている
<small>タン</small> | <input type="checkbox"/> 息苦しい | <input type="checkbox"/> 動悸 | <input type="checkbox"/> 息切れ |
| <input type="checkbox"/> 脈が乱れる | <input type="checkbox"/> 胸の痛み | <input type="checkbox"/> 胸のしめつけ感 | <input type="checkbox"/> 胸やけ |
| <input type="checkbox"/> 胃もたれ | <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 便が細い |
| <input type="checkbox"/> 黒い便が出る | <input type="checkbox"/> 血便が出る | <input type="checkbox"/> 尿が出にくい | <input type="checkbox"/> 尿の回数が多い |
| <input type="checkbox"/> 腰痛 | <input type="checkbox"/> 手足のふるえ | <input type="checkbox"/> 手足のしびれ | <input type="checkbox"/> 睡眠時のいびき |
| <input type="checkbox"/> 睡眠時の無呼吸 | <input type="checkbox"/> 日中の強い眠気 | <input type="checkbox"/> 睡眠時に何度も起きる | |
| <input type="checkbox"/> ストレスを感じている | <input type="checkbox"/> その他（ | | ） |

* 以下は女性の方のみお答えください。

- | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 強い月経痛 | <input type="checkbox"/> 月経不順 | <input type="checkbox"/> 乳房のしこり | <input type="checkbox"/> 乳頭から分泌物がある |
| <input type="checkbox"/> 月経中 | <input type="checkbox"/> 月経前後 | | |
| <input type="checkbox"/> 妊娠中またはその可能性がある
（* 妊娠中またはその可能性がある方については、X線検査を省略致します） | | | |

25. 既往歴について、今までにかかった病気や受けられた手術がありましたら、下記の項目に✓を入れて下さい。また、該当する項目があれば、発病された年齢もご記入下さい。

- | | | | | |
|------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> 特になし | <input type="checkbox"/> 高血圧症（ | ） | （ | ） |
| <input type="checkbox"/> 肝臓病（ | ） | <input type="checkbox"/> 高コレステロール血症（ | ） | （ |
| <input type="checkbox"/> 結核
<small>ケツカク</small> （ | ） | <input type="checkbox"/> 糖尿病（ | ） | （ |
| <input type="checkbox"/> 痛風（ | ） | <input type="checkbox"/> がん（ | ） | （ |
| <input type="checkbox"/> その他（ | ） | （ | ） | （ |
| <input type="checkbox"/> 手術（ | ） | （ | ） | （ |

26. 現在治療中（経過観察中を含む）の病気があれば、以下にご記入下さい。

- 病 名 : _____
- 治療開始年齢 : _____
- 医療機関名 : _____
- 治療状況 : 定期治療中 不定期治療中 中断・放置 定期検査のみ

27. 業務歴について、下記の項目に✓を入れて下さい。

- 下記の業務に従事したことはない
- | | | | | | | |
|--------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---|------|---|---|
| <input type="checkbox"/> 化学物質の取り扱い | <input type="checkbox"/> 現在 | <input type="checkbox"/> 以前 | （ | 従事年数 | ） | 年 |
| <input type="checkbox"/> 粉じん作業 | <input type="checkbox"/> 現在 | <input type="checkbox"/> 以前 | （ | 従事年数 | ） | 年 |
| <input type="checkbox"/> 重量物の取り扱い | <input type="checkbox"/> 現在 | <input type="checkbox"/> 以前 | （ | 従事年数 | ） | 年 |
| <input type="checkbox"/> 1日4時間以上のコンピューター作業 | <input type="checkbox"/> 現在 | <input type="checkbox"/> 以前 | （ | 従事年数 | ） | 年 |
| <input type="checkbox"/> 深夜（交代）勤務 | <input type="checkbox"/> 現在 | <input type="checkbox"/> 以前 | （ | 従事年数 | ） | 年 |