

健康診断問診票

年 月 日

ふりがな		性別
氏名		男・女
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	歳
会社名		

以下の質問について該当するものに○をつけてください。

① 業務歴について

- これまで健康への悪影響が心配されるような職場で働いていたことはありますか？
(例：有害物を扱ったり、有害な作業環境下での仕事など)

(1. はい 2. いいえ)

「はい」の場合、内容を記載してください。

(内容：)

② 現病歴・服薬歴について

- 現在、血圧を下げる薬を飲んでいますか？

(1. はい 2. いいえ)

「はい」の場合、内容を記載してください。

(内容：)

- 現在、血糖を下げる薬を飲んだり、インスリンを使用していますか？

(1. はい 2. いいえ)

「はい」の場合、内容を記載してください。

(内容：)

- 現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいますか？

(1. はい 2. いいえ)

「はい」の場合、内容を記載してください。

(内容：)

- その他、現在、常用している薬や治療中の病気はありますか？

(1. ある 2. ない)

「ある」の場合、内容を記載してください。

(内容：)

③ 既往歴について

- 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りますか？

(1. ある 2. ない)

- 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りますか？

(1. ある 2. ない)

- 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)を受けたことがありますか？

(1. ある 2. ない)

- 医師から貧血と言われたことがありますか？

(1. ある 2. ない)

- これまで長く通院したとか、入院・手術をした病気はありますか？
(1. ある 2. ない)

「ある」の場合、内容を記載してください。

- 手術 (病名:) (歳頃)
- 入院 (病名:) (歳頃)
- その他 (病名:) (歳頃)

④ 家族歴について

血のつながりのあるご家族（祖父母、父母、兄弟姉妹）のご病気についてお伺いします。

- 薬の治療をうけている、または以前受けていたことがありますか？
 1. 血圧を下げる薬
 2. インスリン注射や血糖を下げる薬
 3. コレステロールや中性脂肪を下げる薬
 4. その他（具体的に:)
- 医師から、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？
 1. 脳卒中（脳出血、脳梗塞）や一過性脳虚血発作
 2. 心臓病（狭心症、心筋梗塞）
 3. 慢性のじん不全（人工透析）
 4. 糖尿病
 5. その他（具体的に:)

⑤ 自覚症状について

現在、下記の症状がある方は、番号に○をつけて下さい。

1. どうき
2. 階段で息切れ
3. めまい
4. せきやたんが出る
5. 食欲がない
6. 吐き気がする
7. よくゲップが出る
8. 胸焼けがする
9. 吐血したことがある
10. 腹痛がある（食後・空腹時）
11. 腹部の膨満感・不快感がある
12. 体重減少
13. 口が渇く
14. 手足のしびれ
15. 身体のどこかにこりや痛みがある
16. 黒い便が出る
17. 便に血がまじる

- その他、現在心配なことなどありますか？ (1. ある 2. ない)
「ある」の場合、内容を記載してください。
(内容:)

⑥ 嗜好歴について

- お酒（清酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度はどれくらいですか？
 1. 毎日
 2. 時々（週 日）
 3. ほとんど飲まない（飲まない）
- 飲酒日の1日当たりの飲酒量はどれくらいですか？
清酒 1合(180ml)の目安: ビール 500ml、焼酎 35度 80ml、ウイスキーダブル 1杯 60ml、ワイン 2杯 240ml
 1. 一合未満
 2. 一～二合未満
 3. 二～三合未満
 4. 三合以上
- 現在、たばこを習慣的に吸っていますか？
 1. はい (本/日: 年間)
 2. いいえ
 3. 以前は吸っていたが今はやめた (本/日: 年間: 歳まで)
- 職場や家庭で、たばこを習慣的に吸う人はいますか？
 1. はい
 2. いいえ

⑦ 生活習慣について

- 20歳のときから体重が10kg以上増加していますか？
(1. はい 2. いいえ)
- 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上、1年以上実施していますか？
(1. はい 2. いいえ)
- 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ますか？
(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と思いますか？
(1. はい 2. いいえ)
- この1年間で体重の増減が±3kg以上ありましたか？
(1. はい 2. いいえ)
- 人と比較して食べる速度が速いと思いますか？
(1. はい 2. いいえ)
- 就寝前の2時間以内に夕食をとることが週3回以上ありますか？
(1. はい 2. いいえ)
- 夕食後に間食（3食以外の夜食）をとることが週に3回以上ありますか？
(1. はい 2. いいえ)
- 朝食を抜くことが、週3回以上ありますか？
(1. はい 2. いいえ)
- 睡眠で休養が十分にとれていますか？
(1. はい 2. いいえ)
- いびきが大きい、または睡眠中に息がとまっていると言われたり、十分な睡眠時間をとっていても昼間に眠気が強いことはありますか？ (1. はい 2. いいえ)
- 運動か食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか？
 1. 改善するつもりはない
 2. 改善するつもりである（概ね6か月以内）
 3. 近いうちに（概ね1か月以内）に改善するつもりで少し始めている
 4. 既に改善に取り組んでいる（6か月未満）
 5. 既に改善に取り組んでいる（6か月以上）

⑧ 保健指導について

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。

(1. はい 2. いいえ)

⑨ 女性の方にお伺いします。

• 検査日現在、生理中ですか？

(1. はい 2. いいえ)

• 検査日現在、妊娠中又は妊娠の可能性がありますか？

(1. はい 2. いいえ 3. わからない)

職員記入欄	保険証	紹介状	入力者
診察券番号 ()			