

特定健康診査・健康診査質問票

| | | | | |
|------|-----|-----|---|------|
| 住所 | TEL | | | |
| ふりがな | 男・女 | S・H | 年 | 月 |
| 氏名 | 女 | | 日 | ()歳 |
| お勤め先 | TEL | | | |

| | 質 問 | 回 答 |
|----|--------------------------------------|--|
| 1 | 血圧を下げる薬を使用していますか | 1)はい 2)いいえ |
| 2 | インスリン注射又は血糖を下げる薬を使用していますか | 1)はい 2)いいえ |
| 3 | コレステロールを下げる薬を使用していますか | 1)はい 2)いいえ |
| 4 | 医師から脳卒中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)はい 2)いいえ |
| 5 | 医師から心臓病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)はい 2)いいえ |
| 6 | 医師から慢性の腎不全に罹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)はい 2)いいえ |
| 7 | 医師から貧血といわれたことがありますか | 1)はい 2)いいえ |
| 8 | 現在、たばこを習慣的に吸っていますか(合計100本以上又は6ヶ月以上) | 1)はい 2)いいえ |
| 9 | 20歳の時の体重から10kg以上増加していますか | 1)はい 2)いいえ |
| 10 | 1回30分以上の軽く汗をかき運動を週2日以上、1年以上実施していますか | 1)はい 2)いいえ |
| 11 | 日常生活において歩行又は同等の運動を1日1時間以上実施していますか | 1)はい 2)いいえ |
| 12 | ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか | 1)はい 2)いいえ |
| 13 | 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)何でもかめる 2)歯やはぐき、かみ合わせなど気になる 3)ほとんどかめない 部分があり、かみにくいことがある |
| 14 | 人と比較して食べる速度が速いですか | 1)速い 2)普通 3)遅い |
| 15 | 就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか | 1)はい 2)いいえ |
| 16 | 朝昼夜の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 |
| 17 | 朝食を抜くことが週に3回以上ありますか | 2)はい 3)いいえ |
| 18 | お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどの程度ですか | 1)毎日 2)時々 3)飲まない |
| 19 | 飲酒日の1日当たりの飲酒量はどの程度ですか | 1)~1合 2)1~2合 3)2~3合 4)3合~ |
| 20 | 睡眠で休養が十分にとれていますか | 1)はい 2)いいえ |
| 21 | 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)改善するつもりである 3)少しずつ始めている 4)取り組んでいる(半年未満) 5)取り組んでいる(半年以上) |
| 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 | 1)はい 2)いいえ |

☆ 本日食事をしましたか?(甘い飲み物、アメ・ガムを含む)

1)はい 2)いいえ



それは何時頃ですか?

時 分 頃

裏面に続く →

水戸うちはら内科クリニック

- 既往歴について伺います。これまで治療したことのある病気がありましたら、右の空欄に○を記入して下さい

| | | | | | | | | |
|----|---------|--|---|-----------|--|----|----------|--|
| 1 | 高血圧 | | 5 | 高尿酸血症 | | 9 | 胃・十二指腸潰瘍 | |
| 2 | 低血圧 | | 6 | 腎不全以外の腎疾患 | | 10 | うつ | |
| 3 | 不整脈 | | 7 | 糖尿病 | | 11 | 骨粗鬆症 | |
| 4 | 高脂血症 | | 8 | 肝臓病 | | 12 | 貧血 | |
| 13 | その他 () | | | | | | | |

- 自覚症状について伺います。次の症状について、あてはまるものを右の空欄に○をつけて下さい。

| | | | | | |
|---|---------|--|----|----------|--|
| 1 | 胸の圧迫感 | | 9 | いつも調子が悪い | |
| 2 | 心悸亢進・動悸 | | 10 | 腹が張っている | |
| 3 | 息切れ | | 11 | 下痢 | |
| 4 | 不眠 | | 12 | 便秘 | |
| 5 | 肩こり・腰痛 | | 13 | 下痢と便秘 | |
| 6 | 手足のしびれ感 | | 14 | 痔の傾向 | |
| 7 | 目眩・立眩み | | 15 | その他 | |
| 8 | 頭痛・耳鳴り | | | () | |

- 業務歴について伺います。《記入例：営業 2年 販売 3年 運送業 1年 など》

| |
|----------|
| なし・あり() |
|----------|

- 個人情報保護について(承諾しない場合は受診の可否について事業主にご確認下さい。)

- * 問診票・健康診断結果については、健康診断の目的以外には利用致しません。
- * 但し、事業主(共同利用者含む)へ健康診断結果を通知致します。
- * 請求の際は、保険証の記号番号、氏名、性別、生年月日、受診日、健康診断コース内容料金を使用致します。

以上、同意の上 **承諾する・承諾しない**

《女性の方のみご回答下さい》

現在生理中 はい・いいえ 妊娠の可能性 なし・あり・わからない
 〈妊娠中 週目〉

レントゲン(X線)検査撮影について(検査項目に含まれている方のみ)

- * 私は、妊娠又は妊娠の可能性もないのでX線撮影をすることに同意の上検査を受けることについて、**承諾します・承諾しません**
- * 私は、妊娠又は妊娠の可能性がある(わからない)のでX線撮影は**検査しません・妊娠検査反応(有料)を受けてから決めます**