

健診問診票

受診日 年 月 日 ()

フリガナ		生年月日	大・昭・平	年	月	日
氏名		性別・年齢	男・女			歳
住所	〒					
電話番号	自宅 : ()	携帯 :	-	-		
ご職業	会社員 / 大学生 / 高校生 / 主婦(夫) / パート・アルバイト / 無職 / その他 ()					
既往歴 □ なし □ あり →	病名 □ 脳卒中(脳出血、脳梗塞) □ 心疾患(狭心症、心筋梗塞等) □ 高血圧 □ 糖尿病 □ 貧血 □ 喘息 □ 不整脈 □ 骨粗鬆症 □ がん □ 結核 □ コレステロール・中性脂肪が高い □ 尿酸が高い □ 精神疾患 □ 皮膚疾患 □ その他 ()					

質問項目		回答	
1	血圧を下げる薬を使用している。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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る。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	コレステロールを下げる薬を使用している。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4	医師から、脳卒中(脳卒中、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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがある。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
8	たばこを吸っている。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
9	20歳の時の体重から10Kg以上増加している。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施している。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
13	この1年間で体重の増減が±3kg以上あった。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
14	人と比較して食べる速度が速い。	<input type="checkbox"/> 速い	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3日以上ある。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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日以上ある。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
17	朝食を抜くことが週に3日以上ある。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
18	お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 時々
		<input type="checkbox"/> ほとんど飲まない(飲めない)	
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 清酒1合(180ml)の目安:ビール1本(500ml)、焼酎35度(80ml) ウイスキーダブル一杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	<input type="checkbox"/> 1合未満	<input type="checkbox"/> 1~2合未満
		<input type="checkbox"/> 2~3合未満	<input type="checkbox"/> 3合以上
20	睡眠で休養が十分取れている。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ