

健診診断 質問票

健診日 : 20 年 月 日 お名前: _____

1. 既往歴・治療歴…今までにかかった病気(発症年齢)や治療(内服薬)についてご記入ください。

<input type="checkbox"/> 特になし (ない場合はこちらにチェックをお願いします)	
<input type="checkbox"/> 高血圧	____歳 / 経過→ <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治療中 (内服薬 _____)
<input type="checkbox"/> 糖尿病	____歳 / 経過→ <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治療中 (内服薬 _____)
<input type="checkbox"/> 高脂血症	____歳 / 経過→ <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治療中 (内服薬 _____)
<input type="checkbox"/> 心疾患	____歳 / 経過→ <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治療中 (内服薬 _____)
<input type="checkbox"/> 脳血管疾患	____歳 / 経過→ <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治療中 (内服薬 _____)
<input type="checkbox"/> 腎臓病	____歳 / 経過→ <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治療中 (内服薬 _____)
<input type="checkbox"/> 貧血	____歳 / 経過→ <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治療中 (内服薬 _____)
<input type="checkbox"/> その他の疾患	(_____)

2. 現在の自覚症状…現在の気になる症状にチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/> 特になし (ない場合はこちらにチェックをお願いします)	
<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めまい立ちくらみ <input type="checkbox"/> 耳鳴り <input type="checkbox"/> 目の疲れ <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> 体がだるい <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 咳やたんが続いている <input type="checkbox"/> 胸の圧迫感、痛み <input type="checkbox"/> 動悸・息切れ <input type="checkbox"/> 胃腸が痛むことがある <input type="checkbox"/> 便秘気味 <input type="checkbox"/> よく下痢をする <input type="checkbox"/> 血便 <input type="checkbox"/> 便が細い <input type="checkbox"/> 血尿が出る <input type="checkbox"/> 残尿感 <input type="checkbox"/> 神経痛がある <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 首、肩がこる <input type="checkbox"/> 手足がむくむ <input type="checkbox"/> 関節が痛む <input type="checkbox"/> その他 (_____)	

3. 喫煙について

現在、たばこを習慣的に吸っている(いた)。 いいえ
はい→1日()本、()年間 ()年前よりやめた

※習慣的とは、これまで100本以上、または6ヶ月以上吸っていて、最近1ヶ月も吸っている場合をいいます。

4. 日常生活について

① 20歳の時の体重から10Kg増加している	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
② 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
③ 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
④ 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
⑤ この1年間で体重の増減が±3Kg以上ある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑥ 人と比較して食べる速度が速い	<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 遅い
⑦ 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑧ 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑨ 朝食を抜くことが週に3回以上ある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑩ お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度は	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 飲まない
⑪ 飲酒日の1日当たりの飲酒量は 清酒1合(180ml)の目安：ビール中瓶1本(500ml)、焼酎35度(80ml)、 ウイスキーダブル1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
⑫ 睡眠で休養が十分とれている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ