

問 診 票
(特定健康診査・健康増進法に基づく健康診査)

フリガナ		生年 月 日	(M ・ T ・ S ・ H) 年 月 日	年齢	歳	性別	男・女
氏 名							
受診年月日	年 月 日	電話番号	() -				

【問 診】 各設問において、該当する□にレ印をつけて下さい。また、 内には数字を記入してください。

※現在、該当疾患において医療機関にかかっておらず、既往歴もない場合は「現病歴なし」にレ印をつけて下さい。
※「経過観察」とは、医療機関で定期的な検査や診察は行っているが、服薬や注射などの治療を受けていない状態をいいます。

1 該当する疾患にて通院(経過観察含む)していますか？ 該当するものがあれば□にレ印をつけて下さい。	通院している (服薬・治療中)	通院している (経過観察中)	既往歴あり (5年以内)	該当疾患の 現病歴なし
(1) 特になし(※下記(2)～(11)に該当しない場合)	***	***	***	□
(2) 高血圧症	□	□	□	***
(3) 糖尿病	□	□	□	***
(4) 脂質異常症(高コレステロール血症、動脈硬化など)	□	□	□	***
(5) 脳血管疾患(脳出血、脳梗塞、くも膜下出血など)	□	□	□	***
(6) 心疾患(狭心症、心筋梗塞、不整脈、弁膜症など)	□	□	□	***
(7) 慢性腎臓病・腎不全	□	□	□	***
(8) 貧血症	□	□	□	***
(9) 高尿酸血症・痛風	□	□	***	***
(10) 肝臓・胆嚢疾患(肝炎、胆石、脂肪肝など)	□	□	□	***
(11) う歯(虫歯)・歯周疾患	□	□	***	***

2 最近6ヶ月以内の間に、次の症状がありましたか？ (該当しない場合はチェック不要)			
□ 胸部不快感	□ 動悸・不整脈	□ 頭痛・めまい	□ 呼吸困難感

3 喫煙についてお答えください。	
(1) 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 (※「現在、たばこを習慣的に吸っている」とは、条件1と2を両方満たすことを指します。 条件1: 最近1か月間吸っている 条件2: 生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている)	☐ はい(条件1と条件2を両方満たす) ☐ 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない(条件2のみ満たす) ☐ いいえ(上記回答以外)

4 飲酒についてお答えください。	
(1) お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどのくらいですか。 (※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的にお酒を飲んでいた方のうち、最近1年以上酒類を摂取していないことを指します。)	☐ 毎日 ☐ 週5～6日 ☐ 週3～4日 ☐ 週1～2日 ☐ 月に1～3日 ☐ 月に1日未満 ☐ やめた ☐ 飲まない(飲めない)
(2) 1日にどれくらいの量を飲みますか。	☐ 1合未満 ☐ 1～2合未満 ☐ 2～3合未満 ☐ 3～5合未満 ☐ 5合以上

【問診】（つづき）

5	20歳の時の体重から10kg 以上増加していますか。		☐ はい	☐ いいえ
6	1回 30分以上の軽く汗をかく(少し息の切れる)運動を週2日以上、1年以上実施していますか。		☐ はい	☐ いいえ
7	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ますか。		☐ はい	☐ いいえ
8	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。		☐ はい	☐ いいえ
9	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。	☐ 何でもかんで食べることができる	☐ 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある	☐ ほとんどかめない
10	人と比較して食べる速度が速いですか。	☐ 速い	☐ ふつう	☐ 遅い
11	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。		☐ はい	☐ いいえ
12	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	☐ 毎日	☐ ときどき	☐ ほとんど摂取しない
13	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。		☐ はい	☐ いいえ
14	睡眠で休養が十分とれていますか。		☐ はい	☐ いいえ
15	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか。			
	☐ 改善するつもりはない	☐ 改善するつもりでいる	☐ 近いうちに(概ね1ヶ月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている。	
	☐ 既に改善に取り組んでいる(6ヵ月未満)	☐ 既に改善に取り組んでいる(6ヵ月以上)		
16	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。		☐ はい	☐ いいえ
17	歯みがきのときに歯ぐきから血が出ることがありますか。		☐ はい	☐ いいえ
18	デンタルフロス(糸ようじ)や歯間ブラシを使って歯と歯の隙間もきれいにしていますか。		☐ はい	☐ いいえ
19	定期的(年に1回以上)に歯の検診や予防のために歯科医院を受診していますか。		☐ はい	☐ いいえ

20 日頃の血圧自己測定についてお答えください。										
☐	ほぼ毎日測定	} 最大血圧 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> mmHg 最小血圧 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> mmHg								
☐	週に1回以上測定									
☐	月に1回以上測定									
☐	上記以外～測定しない									