

健康診査質問票

受診予定日	受診日	受診者ID	受付番号

団体名				コース名				
氏名				生年月日				
住所	〒				電話	自宅	-	-
						携帯	-	-

※上記太枠部分にご記入ください。また、各質問について該当する番号を必ず1つ〇で囲んでください。

1	現在、血圧を下げる薬を飲んでいますか。	1：はい	薬剤名【		】	2：いいえ
2	現在、インスリン注射をしているか又は血糖を下げる薬を飲んでいますか。	1：はい	薬剤名【		】	2：いいえ
3	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	薬剤名【		】	2：いいえ
4	医師から脳卒中（脳出血・脳梗塞等）にかかっていると言われたり、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（狭心症・心筋梗塞等）にかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか。	1：はい				2：いいえ
6	医師から慢性腎臓病や腎不全にかかっていると言われたり、治療（人工透析）を受けていますか。	1：はい				2：いいえ
7	医師から貧血と言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。・	1：はい				1：はい
	※習慣的な喫煙の目安は、以下の1と2の両方を満たす者。					（1・2両方満たす）
	1：最近1か月間吸っている					2：以前は吸っていた（2のみ満たす）
	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。					3：いいえ（1・2以外）
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く運動を週2日以上、1年以上行っていますか。	1：はい				2：いいえ
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上行っていますか。	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：何でも食べられる	2：かみにくい	3：かめない		
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	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物をとることがありますか。	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。	1：はい				2：いいえ
18	お酒を飲む頻度はどれくらいですか。	1：毎日	2：週5～6日	3：週3～4日		
	（※「やめた」とは、過去に月1回以上習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者）	4：週1～2日	5：月1～3日	6：月1日未満		
		7：やめた	8：飲まない（飲めない）			
19	日本酒に換算して飲酒日の1日当たりの飲酒量をお答えください。	1：1合未満	2：1～2合未満			
	※日本酒1合（アルコール度数15度・180ml）の目安：ビール（5度・500ml）、焼酎（25度・約110ml）	3：2～3合未満	4：3～5合未満			
		ワイン（14度・180ml）、ウィスキー（43度・約60ml）、缶チューハイ（5度・約500ml。7度・350ml）	5：5合以上			
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	1：はい				2：いいえ
21	健康のために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。（40歳以上の方）	1：改善するつもりはない				
		2：概ね6ヶ月以内に改善するつもりである				
		3：概ね1ヶ月以内に改善するつもりであり、少しずつ始めている				
		4：すでに改善に取り組んでいる（6ヶ月未満）				
		5：すでに改善に取り組んでいる（6ヶ月以上）				
22	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。（40歳以上の方）	1：はい				2：いいえ
23	既往歴	1：なし	2：あり	（		
24	自覚症状	1：なし	2：あり	（		
25	現在治療中の病気	1：なし	2：あり	（		
26	現在服用中の薬（上記以外）	1：なし	2：あり	（		
27	業務歴（雇入健診のみ）	1：なし	2：あり	（		
28	食物アレルギーはありますか	1：はい				2：いいえ
29	薬物アレルギーはありますか	1：はい				2：いいえ
30	現在、生理中ですか？（女性のみ）	1：はい				2：いいえ