

# 健康診断問診票

医療法人社団 尚成会 近間病院

宮崎県宮崎市山崎町965番地6

フリガナ： \_\_\_\_\_

男性

氏名： \_\_\_\_\_

女性

生年月日： 昭和・平成 年 月 日

自宅住所： 〒 \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

企業名： \_\_\_\_\_

様

お手数ですが下記の事項にご記入ください。

1. 現在治療中の病気がありますか？

・ある      ・ない

「あ る」と答えた方のみお答えください。

2. 今までに重い病気にかかったり、手術を受けたことがありますか？

・ある      ・ない

「あ る」と答えた方のみお答えください。

いつ頃

何で

3. 今までに受けた健診で、異常を指摘されたことがありますか？

・ある      ・ない

「あ る」と答えた方のみお答えください。

4. 異常を指摘されたことから、再検査・精密検査を受けられましたか？

・受けた      ・受けていない

「受けた」と答えた方のみお答えください。

(検査の結果・説明内容をご記入ください)

5. 今、何か気になる症状や、ご相談したいことがあればご記入ください。

6. 自覚症状について、該当項目にチェックしてください。

日中傾眠    いびき    無呼吸の指摘    不眠感    起床時の口渇

起床時の頭痛・頭痛感    窒息感を伴う覚醒    夜間頻尿

その他 ( \_\_\_\_\_ )

裏面もご記入ください

# 特定健診問診票

お名前	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)

	質問事項	回答 (該当番号にチェック)
1-3	現在、aからcの薬の使用の有無	
1	a. 血圧を下げる薬を飲んでますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	b. インスリン注射又は血糖を下げる薬を服用されていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	c. コレステロールを下げる薬を飲んでますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているとされたり、治療を受けたことがありますか。	<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）にかかっているとされたり、治療を受けたことがありますか。	<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されたり、治療（人工透析）を受けたことがありますか。	<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りますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 （※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月も吸っている者）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9	20歳の時から体重が10kg以上増加していますか。	<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回以上、1年以上実施していますか。	<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ますか。	<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ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
13	この1年間で体重が±3kg以上ありましたか。	<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ですか。	<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食を摂ることが週に3回以上ありますか。	<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）を摂ることが週に3回以上ありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
18	お酒（清酒、焼酎、ビール、洋酒等）を飲む頻度についてお尋ねします。	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量についてお尋ねします。 清酒1合（180ml）の目安：ビール中瓶1本（約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
20	睡眠で休養が十分取れていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 改善するつもりである （概ね6ヶ月以内） <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる （6ヶ月未満） <input type="checkbox"/> 既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保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ