

健康診断問診表

宮崎県宮崎市山崎町965番地6
医療法人社団 尚成会 近間病院

フリガナ:
氏 名: 男・女 生年月日: 昭和・平成 年 月 日

自宅住所: 〒

電話番号: () ー 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。

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がらで、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。

標準的な質問票

受診者情報	加入者番号					氏名				
	県コード	学種	学校番号		個人番号			フリガナ		
								漢字		

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いる	<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飲んでいる	<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いる	<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)にかかっていると言われたり、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)にかかっていると言われたり、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言われたり、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

※ ■■■■ の項目は必須の項目となりますが、多くの情報を得ることができれば、階層化後にお渡しする情報提供や保健指導対象者への指導内容を、より個人に合ったものとして、提供することができますのでできるだけ多くの質問項目に回答をお願いいたします。