

健康問診票（男性） 中村院長 引継ぎ用

当セミナーに、ご参加いただき、ありがとうございます。

診断を行うにあたり、下記のご質問内容のご記入をお願い致します。

記入日 西暦： 年 月 日

ふりがな		男 - 女	生年月日	大・昭・平			年	月	日()	歳)
お名前				年						
ご住所	〒									
ご連絡先	(自宅)	(携帯)								
勤務先	記入は任意				電話番号					
勤務先 住所	〒									

1、今までに健康診断を受けたことがありますか。

初めて 毎年(当院・他院) その他(年ぶり) (当院・他院)

2、今までにかかった疾患、又は現在治療中の疾患有りますか。下記の欄に発症年齢、疾患名、薬剤名、経過、手術歴をご記入下さい。

手術を受けたことがある 手術歴なし

特になし

発症 年齢	疾患名	治療中	内服中の薬剤名	治癒	観察中

3、現在、気になる症状はありますか。ある場合は、下記の症状で当てはまる項目に○印をご記入下さい。

特になし

食欲がない	胃が張る	吐き気	胸焼け	腹痛	便秘
痔出血	下痢	頭痛	肩こり	めまい	耳鳴り
手足のむくみ	腰痛	動悸	息切れ	脈の乱れ	手足が冷える
疲れる	寝汗をかく	尿が近い	血尿	湿疹が出来やすい	咳、痰が出る
精神的な悩み	尿の出が悪い	生理不順			

その他：

4、肉親の方(祖父母、父母、兄弟姉妹)の中に次のような疾患にかかった方がいらっしゃいますか。

いる場合は、下記の該当欄に○印を付けて下さい。わかる方は病名をご記入下さい。

特になし

病名	がん(部位)	高血圧	脳血管疾患 (出血・梗塞)	心疾患	糖尿病	脂質異常症
祖父						
祖母						
父						
母						
兄弟姉妹						

5、嗜好品について

飲酒	<input type="checkbox"/> ほとんど飲まない
	□時々(回数: 回/週・又は 回/月)・(量: <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)
	□毎日(量: <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)
参考: 日本酒1合(180ml)の目安: ビール約500ml、焼酎25度(110ml)、ウイスキー1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	
喫煙	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 禁煙した <input type="checkbox"/> 吸う * 本数(本/日)・期間(年間)

6、アレルギーはありますか。ある場合は下記の項目に○印並び内容をご記入下さい。

特になし

<input type="checkbox"/> ある: 花粉症・草木・動物()	・薬()	・食品()
---	-------	--------

7、下記の項目を使用した業務に就いたことはありますか。ある場合は下記の項目に○印を付けて下さい。

特になし

極端な高温環境	極端な低温環境	放射線の取り扱い	電圧作業	振動を与える業務	重量物の取り扱い
騒音作業	有機溶剤	特定化学物質	石綿・塵肺	病原体による汚染	坑内
深夜労働					

8、精密検査等の連絡を、SMS(ショートメッセージ)にて通知することにご同意いただけますか。

同意する

* 通知用の携帯電話番号をご記入ください。(— —)

同意しない

名前:

生年月日:T / S / H 年 月 日

質問事項		回答
1 現在、次の薬を使用していますか		
1 a. 血圧を下げる薬		①はい ②いいえ
1 b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射		①はい ②いいえ
1 c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬		①はい ②いいえ
2 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る		①はい ②いいえ
3 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る		①はい ②いいえ
4 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(人工透析等)を受けている		①はい ②いいえ
5 医師から、貧血と言われたことがある		①はい ②いいえ
6 現在、タバコ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、条件1と2を両方満たす者である。 条件1:最近1か月間吸っている 条件2:生涯で6か月以上吸っている、又は合計100本以上吸っている		①はい(条件1と2の両方を満たす) ②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) ③いいえ(①②以外)
7 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
8 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		①はい ②いいえ
9 日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか		①はい ②いいえ
10 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
11 食事をかんで食べるときの状態はどれにあてはまりますか		①何でもかんで食べることが出来る ②歯や歯茎、噛み合わせが気になる部分があり、噛みにくいことがある ③ほとんどかめない
12 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
13 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		①はい ②いいえ
14 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		①毎日 ②時々 ③ほとんどしない
15 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
16 お酒を(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)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		①毎日 ②週5~6回 ③週3~4回 ④週1~2回 ⑤月に1~3回 ⑥月に1日未満 ⑦やめた ⑧飲まない(飲めない)
17 飲酒日の1日あたりの飲酒量はどのくらいですか (日本酒1合:アルコール度数15度・180mlの目安)		①1合未満 ②1~2合未満
17 ビール(同5度・500ml)、焼酎(同25度・約110ml)、ワイン(同14度・約180ml)ウ イスキー(同43度・60ml)、缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml)		③2~3合未満 ④3~5合未満 ⑤5合以上
18 睡眠で休養は十分に取れていますか		①はい ②いいえ
19 運動や食生活などの生活習慣を改善しようと思いますか		①改善するつもりはない ②改善するつもりである(概ね6ヶ月以内に) ③近いうちに(概ね1ヶ月以内)改善するつもりであり、少しづつ始 めている ④既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) ⑤既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)
20 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		①はい ②いいえ