

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。
記入日 西暦： 年 月 日
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。

| | | | | | | |
|-------|-------|-------------|------|-----------------|--|--|
| ふりがな | | 男 ・ 女 | 生年月日 | 大・昭・平 年 月 日（ 歳） | | |
| お名前 | | | | | | |
| 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はありますか。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 |
| | <input type="checkbox"/> 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) |
| | <input type="checkbox"/> 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

□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。

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> 同意する |
| * 通知用の携帯電話番号をご記入ください。(— —) |
| <input type="checkbox"/> 同意しない |

名前: 生年月日: T / S / H 年 月 日

| 質問事項 | | 回答 |
|------|--|---|
| | 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 |
| | b、血糖を下げる薬又はインスリン注射 | ①はい ②いいえ |
| | 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) 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) | ①1合未満 ②1～2合未満 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せんか | 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、少しずつ始めている 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 |