

健康診断問診票

健診日 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日
氏名		男 女	年 月 日 歳
現住所	〒	電話番号	
		自宅 () -	携帯電話 - -
勤務先	事業所名 電話番号 () -	職種	
業務歴	該当なし 重量物取扱作業・介護作業 粉じん 振動 放射線 有害物質 その他		
労働内容	日勤 夜勤 交代勤務(日勤と夜勤) 労働時間(直近1か月の平均) 週 日、1日 時間		

今まで何か病気にかかったことがありますか。該当する病名に **✓** を付け、現在の病気の状況に **○** を付けてください。(特にない場合は特になしに **✓** を入れてください。)

	通院中		治療中断 又は放置	完治	手術歴
	薬あり	薬なし			
<input type="checkbox"/> 特になし					
<input type="checkbox"/> 高血圧					
<input type="checkbox"/> 高脂血症 (コレステロール・中性脂肪が高い)					
<input type="checkbox"/> 糖尿病					
<input type="checkbox"/> 高尿酸血症 (痛風)					
<input type="checkbox"/> 貧血					
<input type="checkbox"/> 脳疾患 (病名:)					
<input type="checkbox"/> 心臓疾患 (病名:)					
<input type="checkbox"/> 肝臓・胆のう・膵臓疾患 (病名:)					
<input type="checkbox"/> 腎臓・泌尿器疾患 (病名:)					
<input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 (病名:)					
<input type="checkbox"/> 消化器疾患 (病名:)					
<input type="checkbox"/> 乳腺疾患 (病名:)					
<input type="checkbox"/> 婦人科疾患 (病名:)					
<input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 (病名:)					
<input type="checkbox"/> 眼科疾患 (病名:)					
<input type="checkbox"/> その他	(病名:)				
	(病名:)				
	(病名:)				
	(病名:)				

現在服用中の薬があれば右の枠へ記入するか、お薬手帳を受付時に提出してください。

(スマートフォンアプリ等で管理されている方は、お手数ですがすべて記入してください)

自覚症状があれば下記へ記入してください。

なし あり(具体的に)

裏面も記入をお願いします

入院・手術・輸血の有無と年齢を教えてください。

病名	年齢	手術の有無	入院又は日帰り	輸血の有無
	歳ごろ	有 無	入院 日帰り	あり なし
	歳ごろ	有 無	入院 日帰り	あり なし
	歳ごろ	有 無	入院 日帰り	あり なし
	歳ごろ	有 無	入院 日帰り	あり なし
	歳ごろ	有 無	入院 日帰り	あり なし
	歳ごろ	有 無	入院 日帰り	あり なし
	歳ごろ	有 無	入院 日帰り	あり なし

喫煙・飲酒について教えてください。

喫煙	<input type="checkbox"/> 現在喫煙中（1日 本 年間）	飲酒	<input type="checkbox"/> 頻度：1週間に（ ）日・ほぼ飲まない
	<input type="checkbox"/> 禁煙した（禁煙した年齢 歳）		<input type="checkbox"/> アルコールの種類（ ）
	<input type="checkbox"/> 吸わない		<input type="checkbox"/> 飲酒量：1合未満・2～3合・3合以上

アレルギーの有無について教えてください。

<input type="checkbox"/> アレルギーなし
<input type="checkbox"/> 薬剤（具体的に）
<input type="checkbox"/> 食品（具体的に）
<input type="checkbox"/> 花粉症
<input type="checkbox"/> その他（具体的に）

ご家族の病歴について教えてください。

（血縁関係のある方のみ、わかる範囲で○を付けてください。）

高血圧	:	父	母	子	兄弟	祖父母
糖尿病	:	父	母	子	兄弟	祖父母
高脂血症	:	父	母	子	兄弟	祖父母
がん	:	父	母	子	兄弟	祖父母
心臓疾患	:	父	母	子	兄弟	祖父母
脳血管疾患	:	父	母	子	兄弟	祖父母
その他	:	父	母	子	兄弟	祖父母

女性の方への質問です。

妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> わからない
最終月経について	<input type="checkbox"/> 閉経した（ 歳ごろ）
	<input type="checkbox"/> 直近 月 日 から 日間
	<input type="checkbox"/> 生理中

No.	質問項目	回答（該当に○を記入）
1	血圧を下げる薬を服用していますか。	1 はい 2 いいえ
2	血糖を下げる薬を服用又はインスリン注射を使用していますか。	1 はい 2 いいえ
3	コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用していますか。	1 はい 2 いいえ
4	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、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）にかかっているといわれたり、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いわれたり、治療（人工透析など）を受けていますか。	1 はい 2 いいえ
7	医師から、貧血とい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。 （※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者） 条件1:最近1か月間吸っている。 条件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。	1 はい（条件1と条件2を両方満たす） 2 以前は吸っていたが、最近1ヶ月間は吸っていない（条件2のみ満たす） 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年以上実施していますか。	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時間以上実施していますか。	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 何でもかんで食べることができる 2 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある 3 ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速いですか。	1 速い 2 ふつう 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摂取していますか。	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（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を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日 3 週3～4日 4 週1～2日 5 月に1～3日 6 月に1日未満 7 やめた 8 飲まない（飲めない）
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 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）	1 1合未満 2 1～2合未満 3 2～3合未満 4 3～5合未満 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	運動や食生活等の生活習慣を改善しようと思っていますか。	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か月以内） 3 近いうちに（概ね1か月以内）に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か月未満） 5 既に改善に取り組んでいる（6か月以上）
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。	1 はい 2 いいえ
23	何か健康について相談したいことがありますか。	1 はい 2 いいえ