

問診票 (記入された事項は、結果票に記載いたします。予めご了承ください。)

受診者	生年 月日	年 月 日
	様年齢	才(受診日現在) 性別

質問項目		該当するところに一つ斜線をつけてください		<input checked="" type="checkbox"/>
1	現在、a~c薬で、	a. 血圧を下げる薬	⇒ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	服用中のものは	b. インスリン注射又は血糖を下げる薬	⇒ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	ありますか。	c. コレステロールを下げる薬	⇒ <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)にかかっているといわれたり、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)にかかっているといわれたり、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いわれたり、治療(人工透析等)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、貧血がある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	あなたは、ここ1ヶ月間タバコを吸った事がありますか。 今後1ヶ月以内に禁煙を考えている方は右の□に「レ」を入れてください。 □		⇒ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。		⇒ <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日以上、1年以上実施している。		⇒ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
11	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る。		⇒ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
12	ほぼ同年齢の同性と比較して歩く速度が速い。		⇒ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
13	この1年間に体重の増減が±3kg以上あった。		⇒ <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。		⇒ <input type="checkbox"/> 速い	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。		⇒ <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)をとることが週に3回以上ある。		⇒ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。		⇒ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
18	あなたは現在飲酒をしますか。 * ほとんど飲まない(飲めない)を選択された方は、次の「19」の質問は「未回答」で結構です。		⇒ <input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない(飲めない)
19	飲酒日の1日あたりの飲酒量はどれだけですか? 清酒1合(180ml)の目安→ビール中瓶1本(約500ml)、焼酎35度(80ml)、ウイスキーダブル一杯(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	あなたは睡眠で十分休養がとれている。		⇒ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
21	あなたは運動や食生活等の生活習慣を改善し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)改善しようとして始めている。 <input type="checkbox"/> すでに取り組んでいる(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
23	既往歴はありますか?		⇒ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ ()
24	自覚症状はありますか?		⇒ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ ()
25	食後何時間経っていますか?		⇒ <input type="checkbox"/> 10時間以上	<input type="checkbox"/> 10時間未満
26	業務歴: 過去から現在に至るまでの職種			

この枠は記入しないで下さい。

受診日	コース	受診番号	個人番号
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

受診者 生年 年 月 日
様 年齢 才 (受診日現在) 性別

該当するところに斜線をつけてください。

例

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

問診票に記入された事項は、結果票に記載いたします。予めご了承ください。

例 病名番号

0	1
---	---

該当する病名がある場合は病名リストの番号を記入してください。

- 病名リスト
- 01) 高血圧
 - 02) 糖尿病
 - 03) 高脂血症・脂質異常症
 - 04) 心筋梗塞
 - 05) 狭心症
 - 06) 不整脈
 - 07) 脳卒中
 - 08) 緑内障
 - 09) 薬物アレルギー
 - 10) 前立腺肥大 (男性のみ)
 - 11) 腎臓病
 - 12) 肺結核
 - 13) 喘息
 - 14) がん
 - 15) 高尿酸血症
 - 99) その他

病名番号	現在治療中の病気 (服薬中の薬の名前)	通院		服薬		病名番号	既往歴 (過去に治療・診断された病気)
		有	無	有	無		
□ □		□	□	□	□	□ □	
□ □		□	□	□	□	□ □	
□ □		□	□	□	□	□ □	
□ □		□	□	□	□	□ □	

自覚症状がある場合は該当するところに1つ斜線をつけてください。 例

気になる症状 (過去3ヶ月以内)	最近	時々	ずっと	気になる症状 (過去3ヶ月以内)	最近	時々	ずっと
食欲がない	□	□	□	胸やけ、げっぷ、胃のもたれ	□	□	□
アレルギー体質である	□	□	□	空腹時や食後に胃のあたりの痛み	□	□	□
咳や痰がよく出る	□	□	□	下痢・便秘になりやすい	□	□	□
痰に血が混じる	□	□	□	便に血が混じる	□	□	□
階段や坂を登るときに、息切れする	□	□	□	尿に血が混じる	□	□	□
喘息がある	□	□	□	尿が出にくい、尿線が細い	□	□	□
脈が不規則になったり、動悸を感じる	□	□	□	関節が腫れる	□	□	□
胸のあたりが締め付けられる	□	□	□	朝、手がこわばる	□	□	□
心臓に雑音があるといわれる	□	□	□	ストレスを感じる	□	□	□

これまでの最高体重は何キロでしたか? (整数2桁で)	□ □ kg
これまでの最高体重は何歳のころですか? (女性の方は妊娠中以外の時期で)	□ □ 歳
18歳～20歳の体重は何キロでしたか? (整数2桁で)	□ □ kg
この1年間で体重が変動しましたか? 1. 3kg以上増加した 2. 変動なし 3. 3kg以上減少した	□

現在、喫煙していますか? 1. 吸っている 2. 以前から吸わない 3. 過去に吸っていた	□
タバコを吸い始めたのは何歳ですか?	□ □ 歳
タバコをやめたのは何歳ですか?	□ □ 歳
1日の喫煙本数	□ □ 本
喫煙年数	□ □ 年

その他、気になる点がありましたら記入してください。()

この枠は記入しないで下さい。

受診日	□	□	□	□	□	□	コース	□	□	□	□	受診番号	□	□	□	□	□	□	個人番号	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
	□	□	□	□	□	□		□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□