

健康診断問診票

医療法人芙蓉会 筑紫南ヶ丘病院

I D	コース		
フリガナ	受診者 住所		
氏名	様	企業名	
生年月日	年 月 日	年齢	歳 性別
		受診日 令和 年 月 日	

受診および 問診記入時の 注意事項

- (1) 健診前日は、アルコールなどを控え、夕食は早めにすませ、21時以降の飲食は控えてください。
 (2) 健診当日は、健診終了まで飲食・タバコなどは、一切お控えください。
 (3) 定期的に服用されている薬(血圧・心臓)は、朝6時までに飲まれて結構です。
 (4) 【特定健康診査・特定保健指導】実施のため、40歳以上75歳未満の方は、加入されている医療保険者へ健診結果を報告させていただきますことを、予めご了承ください。

下記の質問に回答して下さい。該当する番号に○をつけて下さい。

質問項目		回答		
1-3	現在、aからcの薬の使用の有無 現在服用している薬名	薬名()		
1	a. 血圧を下げる薬	1. はい	2. いいえ	
2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	1. はい	2. いいえ	
3	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	
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る。	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を両方満たす者である。条件1:最近1ヶ月間吸っている 条件2:生涯で6ヶ月以上吸っている、又は合計100本以上吸っている	1. はい	2. 以前は吸っていたが、最近1ヶ月間は吸っていない	
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	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	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運動を1日1時間以上実施	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。	1. はい	2. いいえ	
13	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。	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回以上ある。	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回以上ある。	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、過去につき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
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・110ml)、ワイン(同14度・180ml)、ウイスキー(同43度・60ml)、缶チューハイ(同5度・500ml、同7度・350ml)	1. 1合未満	2. 1~2合未満	3. 2~3合未満
20	睡眠で休養が十分とれている。	1. はい	2. 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。	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)	
		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)		
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	

自覚症状

自覚症状のある方は、下記より該当する症状の□にレ点を強いものから15個以内でご記入下さい。15個以上ある方は、診察時に医師に直接お話し下さい。

<input type="checkbox"/> 特になし ※特にない場合はこちらにレ点をご記入下さい。		女性のみ	<input type="checkbox"/> 57. 妊娠の可能性がある
呼吸器	<input type="checkbox"/> 2. 「せき」が多い <input type="checkbox"/> 3. 「たん」が多い <input type="checkbox"/> 5. たんに血がまじる <input type="checkbox"/> 11. 無呼吸と言われた事がある		<input type="checkbox"/> 58. 妊娠中である <input type="checkbox"/> 59. 月経中である <input type="checkbox"/> 63. 閉経している
循環器	<input type="checkbox"/> 12. 脈が不規則にうつ <input type="checkbox"/> 13. 動悸がする <input type="checkbox"/> 14. 息切れがする <input type="checkbox"/> 15. 胸をしめつける痛みがある	神経	<input type="checkbox"/> 65. 頭痛が度々する <input type="checkbox"/> 66. めまいがする <input type="checkbox"/> 67. 頭が重い <input type="checkbox"/> 68. 手足がふるえる
消化器	<input type="checkbox"/> 18. 吐気がある <input type="checkbox"/> 24. 胸やけがする <input type="checkbox"/> 26. 胃が空腹時に痛む <input type="checkbox"/> 27. 胃が食後に痛む <input type="checkbox"/> 30. 下痢をする <input type="checkbox"/> 31. 便秘をする <input type="checkbox"/> 32. 黒い便、血の付いた便が出る		<input type="checkbox"/> 69. いらいらする <input type="checkbox"/> 70. 不安だ <input type="checkbox"/> 71. 落ち着かない <input type="checkbox"/> 72. ゆううつだ <input type="checkbox"/> 73. よく眠れない <input type="checkbox"/> 74. 物事に集中できない <input type="checkbox"/> 75. する事に間違いが多い <input type="checkbox"/> 76. やる気が出ない
泌尿器	<input type="checkbox"/> 34. 尿に血がまじる <input type="checkbox"/> 36. 残尿感がある <input type="checkbox"/> 37. 夜間に尿の回数が多い		

治療中・既往歴

治療中および既往歴のある方は、下記より該当する病名をそれぞれ5つまで選び、□にレ点をご記入下さい。

<input type="checkbox"/> 特になし ※特にない場合はこちらにレ点をご記入下さい。			
治療中	既往歴	治	既
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3. ポリープ () (歳頃) ※部位をご記入下さい。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 32. C型肝炎 (歳頃)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4. 肺結核 (歳頃)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 33. 肝疾患 (歳頃)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 5. がん () (歳頃) ※部位をご記入下さい。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 34. 胆疾患 (歳頃)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 6. 糖尿病 (歳頃)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 35. 腎炎・ネフローゼ (歳頃)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 7. 甲状腺疾患 (歳頃)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 37. 尿路結石 (歳頃)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 8. 痛風 (歳頃)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 38. 膀胱炎 (歳頃)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9. 高脂血症 (歳頃)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 39. リウマチ (歳頃)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 10. 貧血 (歳頃)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 40. 関節炎 (歳頃)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 12. 神経症 (ノイローゼ等) (歳頃)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 41. 腰痛 (歳頃)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 13. 緑内障 (歳頃)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 43. 神経痛 (歳頃)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 14. 眼疾患 (歳頃)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 44. アレルギー性疾患 (歳頃)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 15. 耳疾患 (歳頃)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 45. 前立腺肥大 (歳頃)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 16. 高血圧症 (歳頃)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 46. 婦人科疾患 (歳頃)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 18. 狭心症 (歳頃)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 47. 外傷 (歳頃)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 19. 心筋梗塞 (歳頃)	その他の病名・手術名があれば下記にご記入下さい。	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 20. 心疾患 (歳頃)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> () (歳頃)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 21. 脳卒中 (歳頃)	※下記の記入欄は、看護師が記入します。	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 22. 鼻炎・副鼻腔炎 (歳頃)	身長	cm 体重 kg
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 24. 気管支炎・肺炎 (歳頃)	腹囲	cm 体脂肪 %
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 26. 喘息 (歳頃)	視力	1:裸眼 ・ 2:矯正
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 27. 胸膜炎 (歳頃)	右 .	左 .
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 28. 胃潰瘍 (歳頃)	血圧	上 / 下
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 29. 十二指腸潰瘍 (歳頃)	上 / 下	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 30. 胃炎 (歳頃)	降圧剤	1:無 2:有 食後時間
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 31. B型肝炎 (歳頃)		