

# 健康診断問診票



健康保険被保険者証等(健康保険証)に記載されている記号、番号(枝番)、保険者番号を転記してください。番号(枝番)□-□□の「-□□」の部分が枝番です。健康保険証に「-□□」に該当する番号の記載がない場合には、空欄としてください。

記号: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

番号(枝番): 

	-		
--	---	--	--

保険者番号: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

団体・会社名: \_\_\_\_\_

所属部署名: \_\_\_\_\_

氏名: \_\_\_\_\_

生年月日(西暦): \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年齢: \_\_\_\_\_ 歳 性別: 男・女

No.	質問項目	回答
1	a. 血圧を下げる薬をしようしていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	c. 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。	<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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	医師から、貧血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	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 吸っていたが、最近1ヶ月間は吸っていない <input type="checkbox"/> いいえ
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。	<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年以上実施していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 何でも噛んで食べることが可能 <input type="checkbox"/> 歯や歯茎、噛み合わせなど気になる部分があり、噛みにくいことがある <input type="checkbox"/> ほとんど噛めない
14	人と比較して食べる速度が速いですか。	①はい ②いいえ
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。	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない

裏にも質問があります

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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
18	お酒（日本酒、焼酎、ビールなど）はどの位の頻度で飲みますか。 （※「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）	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週3～4日 <input type="checkbox"/> 月に1～3日 <input type="checkbox"/> やめた	<input type="checkbox"/> 週5～6日 <input type="checkbox"/> 週1～2日 <input type="checkbox"/> 月に1日未満 <input type="checkbox"/> 飲まない（飲めない）
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量はどの位ですか。 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）	<input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 2～3合未満	<input type="checkbox"/> 1～2合未満 <input type="checkbox"/> 3～5合未満 <input type="checkbox"/> 5合以上
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。	<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か月以内） <input type="checkbox"/> 近いうちに（概ね1か月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる（6か月未満） <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
24	【既往歴】 これまでに長期通院や入院手術をした病気はありますか。 （病名： _____）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ ※はいと答えた方は左に病名を記入
25	【自覚症状】 最近お身体の調子できになることはありませんか。 （気になること： _____）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ ※はいと答えた方は左に詳細を記入
26	【以下、女性の方へ】 最終月経は何月頃ですか。		月頃
27	現在、妊娠中または妊娠している可能性はありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
28	現在、生理中ですか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
29	閉経していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

※医師の診断・治療のもとで服薬中の者を指す。

\*本問診票は、労働安全衛生法に基づく定期健康診断等と高齢者の医療の確保に関する法律に基づく特定健康診査の項目を同時に実施する場合の、標準的な問診票です。



さくもと内科クリニック