

健康診断問診票（女性）

この度は、当院にて健康診断をご利用いただき誠にありがとうございます。
健診を行うにあたり、下記のご質問内容のご記入をお願い致します。

健診日：

ID：

ふりがな			生年月日	歳
お名前	様			
ご住所	〒			
ご連絡先	(自宅)		(携帯)	
勤務先			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						

裏面のご記入もお願いします

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、女性のみご記入下さい。

・現在、妊娠中又は妊娠の可能性がありますか。

はい(週) いいえ わからない

婦 人 科	初潮 (歳)	閉経 (歳)
	月経： <input type="checkbox"/> ある(順調・不順) <input type="checkbox"/> ない	
	不正出血： <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
	最近の月経： 月 日～ 日間	
	<input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 未婚/性交渉の経験 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
	妊娠： 回	
	出産： 回 (帝王切開手術 ある・ない)	



特定健康診査質問票

氏名： _____ 様 受診日： _____

該当する項目に 又は をご記入ください

No.	質問項目	回答
1	現在、血圧を下げる薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
2	現在、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"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
3	現在、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"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2: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"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 ※習慣的に喫煙の目安：「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている」 かつ 最近1ヶ月間吸っている	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2: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"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
10	1回30分以上の軽い汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 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る。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 1:何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 3:ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速い。	<input type="checkbox"/> 1:速い <input type="checkbox"/> 2:普通 <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 1:毎日 <input type="checkbox"/> 2:時々 <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 1:毎日 <input type="checkbox"/> 2:時々 <input type="checkbox"/> 3: ほとんど飲まない（飲めない）
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量は。 ※日本酒1合の目安：ビール(500ml)、焼酎25度(110ml) (180ml) ウィスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	<input type="checkbox"/> 1:1合未満 <input type="checkbox"/> 2:1～2合未満 <input type="checkbox"/> 3:2～3合未満 <input type="checkbox"/> 4:3合以上
20	睡眠で休養が十分とれている。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 1:改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 2:改善するつもりである（概ね6ヶ月以内） <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 4:既に改善に取り組んでいる（6ヶ月未満） <input type="checkbox"/> 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保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ