

質 問 票 (人間ドック受診者用)

<b>フリガナ</b>		<b>生年月日</b>
<b>氏名</b>		年 月 日生

該当するところにチェック☑をしてください 電話番号 - -

●最近の症状としてあてはまるものがあれば記入してください

<input type="checkbox"/> 食欲がない	<input type="checkbox"/> 頭痛・頭重感	<input type="checkbox"/> 胸やけ	<input type="checkbox"/> 肩こり・腰痛	<input type="checkbox"/> 尿が近い(頻尿)	<input type="checkbox"/> むくみ
<input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 不眠	<input type="checkbox"/> 胸がしめつけられる	<input type="checkbox"/> 手足のしびれ	<input type="checkbox"/> 残尿感がある	
<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> めまい・ふらつき	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> ひどい疲れ・倦怠感	<input type="checkbox"/> いらいら・怒りっぽい	
<input type="checkbox"/> 咳・痰	<input type="checkbox"/> のどがとても渴く	<input type="checkbox"/> 動悸・息切れ (日常生活や歩行のみで)	<input type="checkbox"/> 脈が乱れる	<input type="checkbox"/> やる気がない・憂鬱	

●現在治療中、または経過観察中の病気がありますか？  
(高血圧症・糖尿病・脂質異常症以外の病気)

□ 無 □ 有 ( )

●下記の病気について、以前にかかったことがありますか？  
(既往症)

□ 高血圧 □ 糖尿病 □ 脂質異常症(高脂血症) □ 肝臓病  
□ 結核 □ 痛風 □ その他( )

各質問事項について「はい」か「いいえ」、もしくは該当するところにチェック☑をしてください

1~3 現在、a から c の薬を使用していますか		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"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
現病歴	1 a. 血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない
	2 b. 血糖を下げる薬またはインスリン注射	<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
	3 c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	18 お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどれくらいですか	<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)
4 医師から脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっていると言われたり、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	19 飲酒日の1日当たりの飲酒量  清酒1合(180ml)の目安  ビール(500ml) 焼酎25度(110ml) ウイスキーダブル1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
5 医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっていると言われたり、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		8 現在、たばこを習慣的に吸っている(*「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者)	<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言われたり、治療(人工透析)を受けたことがありますか	<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
7 医師から、貧血と言われたことがありますか	<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	21 運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思えますか	<input type="checkbox"/> 改善するつもりはない
8 現在、たばこを習慣的に吸っている(*「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者)	<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時間以上していますか		<input type="checkbox"/> 改善するつもりである(概ね6ヶ月以内)
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	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"/> 近いうちに(概ね1ヶ月以内)改善するつもりで少しずつ始めている
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	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"/> 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満)
11 日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上していますか	<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ですか
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できる	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
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"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> 歯や歯茎、噛み合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	<input type="checkbox"/> 早い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 遅い			