

質 問 票 (人間ドック受診者用)

フリガナ		生年月日
氏名		昭和 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"/> のどがとても渇く	<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)

●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)

<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 脂質異常症(高脂血症)	<input type="checkbox"/> 肝臓病
<input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 結核	<input type="checkbox"/> 痛風	<input type="checkbox"/> 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

現病歴	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	
	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
既往歴	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(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、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった方のうち、最近1年以上酒類を摂取していない方)	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週5~6日 <input type="checkbox"/> 週3~4日 <input type="checkbox"/> 週1~2日 <input type="checkbox"/> 月に1~3日 <input type="checkbox"/> 月に1日未満 <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 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			
	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			
	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			
	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	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・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"/> 1~2合未満 <input type="checkbox"/> 2~3合未満 <input type="checkbox"/> 3~5合未満 <input type="checkbox"/> 5合以上
	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を両方満たす方です。 条件1:最近1か月間吸っている 条件2:生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている)	<input type="checkbox"/> はい (条件1と条件2を両方満たす) <input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない (条件2のみ満たす) <input type="checkbox"/> いいえ (上記以外)	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
	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	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
	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			<input type="checkbox"/> 改善するつもりである(概ね6ヶ月以内)
	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			<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
	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			<input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満)
	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 <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			<input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)
	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	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