

健康診断問診票

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	S・H 年 月 日 (歳)
住所	〒 -		
電話番号	(自宅・携帯)	緊急連絡先	(続柄)
企業名		領収書宛名	個人名 ・ 企業名


■ 回答欄の該当する番号に○印を記入してください。 食後 時間 (水、お茶以外の飲食)

	質問項目	回答		
1-3	現在、aからcの薬の使用の有無★			
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。 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or合計100本以上吸っている	1. はい(条件1・条件2両方該当) 2. 以前は吸っていたが最近1ヶ月は吸っていない(条件2のみ該当) 3. いいえ		
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活動を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時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、噛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. ぶつう	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 3. ほとんど摂取しない	2. 時々	
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(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどのくらいですか。	1. 毎日 3. 週3~4日 5. 月に1~3日 7. やめた	2. 週5~6日 4. 週1~2日 6. 月に1日未満 8. 飲まない(飲めない)	
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒(15度1合)の目安: ビール(5度500ml)、焼酎(25度110ml)、ワイン(14度180ml) ウイスキー(43度60ml)、缶チューハイ(5度500ml/7度350ml)	1. 1合未満 3. 2~3合未満 5. 5合以上	2. 1~2合未満 4. 3~5合以上	
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か月以内) 3. 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 4. 既に改善に取り組んでいる(6か月未満) 5. 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保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	1. はい	2. いいえ
----	-----------------------------------	-------	--------

現病歴（現在治療している病気）	1. なし	2. あり（ ）
既往歴（以前かかった病気）	1. なし	2. あり（ ）
自覚症状（気になっている症状）	1. なし	2. あり（ ）
女性：妊娠・授乳・生理中ですか	1. いいえ	2. はい（ 妊娠中 ・ 授乳中 ・ 生理中 ）

問診はここまでとなります。ご記入ありがとうございます。受付に提出し検査までお待ちください。

健 康 診 断 書					
氏 名			男 ・ 女	ID	
生年月日	S・H	年 月 日	歳	健診年月日	令和 年 月 日
業 務 歴			身長 (cm)		体重 (kg)
既 往 歴			BMI		腹囲 (cm)
現 病 歴			視 力	右	()
自 覚 症 状				左	()
他 覚 症 状			聴 力	右	1000Hz 所見なし 所見あり()
					4000Hz 所見なし 所見あり()
血 圧	／ P			左	1000Hz 所見なし 所見あり()
					4000Hz 所見なし 所見あり()
貧 血 検 査	赤血球 (万/ μ l)		胸部 エックス 線検査		
	血色素量 (g/dl)				
肝 機 能 検 査	AST (U/l)				
	ALT (U/l)				
	γ GTP (U/l)				
血 中 脂 質 検 査	LDL コレステロール				
	HDL コレステロール				
	トリグリセライド*				
腎 機 能 検 査	クレアチン(mg/dl)		その他の 検 査		
血 糖 検 査					
そ の 他			医師の指示 及び 就 業 上 の 注 意 事 項		
尿 検 査	糖	- ± + 2+ 3+			
	蛋 白	- ± + 2+ 3+			
心 電 図 検 査			備 考		