

ボールペンでご記入ください。
裏面もごさいます。

問 診 票

フリガナ		生年月日			
氏名		年齢		性別	
自宅住所	〒 - ※マンション名・アパート名・部屋番号までご記入ください。				
連絡先	-	保険証	記号	番号	
領収書宛名	個人名・会社名()				

1:女性の方のみ、該当するものにチェック(✓)をお付けください。 2:ピロリ菌について、該当するものにチェック(✓)をお付けください。

①生理中ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	②妊娠中ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	①検査したことが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(②へ)	②結果は	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陽性(除菌済み)
----------	---	----------	---	----------	---	------	---

3:生活習慣についてお伺い致します。該当するものにチェック(✓)をお付けください。

1-3	現在、以下の薬を使用していますか。		
1	1 血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	2 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
3	3 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
4	4 医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)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	5 医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞)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	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	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	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を両方満たす者である。) 条件1:最近1ヶ月間吸っている 条件2:生涯で6ヶ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	<input type="checkbox"/> はい 以前は吸っていたが最近1ヶ月間は吸っていない (条件2のみ満たす) <input type="checkbox"/> いいえ
9	9 20歳の時に比べて体重が10kg以上増加していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
10	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	11 日常生活において歩行また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	12 ほぼ同じ年代の同性と比較して歩く速度は速いほうですか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
13	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"/> 何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> かみにくいことがある <input type="checkbox"/> ほとんどかめない	
14	14 人と比べると、食べる速度は速いほうですか。	<input type="checkbox"/> 速い	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 遅い
15	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
16	16 朝昼夕の3食以外に間食(菓子類)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
17	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	18 お酒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5~6日 <input type="checkbox"/> 週3~4日 <input type="checkbox"/> 週1~2日 <input type="checkbox"/> 月1~3日 <input type="checkbox"/> 月1日未満 <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 飲まない(飲めない)
19	19 飲酒日の1日当たりの飲酒量 1合のめやす【●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"/> 0~1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
20	20 睡眠で休養が十分にとれていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
21	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"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 概ね6ヶ月以内に改善予定 <input type="checkbox"/> 概ね1ヶ月以内に改善予定 <input type="checkbox"/> 取組済み(6ヶ月未満) <input type="checkbox"/> 取組済み(6ヶ月以上)	
22	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

4: 該当する自覚症状にチェック(✓)をお付けください。 ※チェックした自覚症状は結果報告書に記載されます。

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. 自覚症状なし | <input type="checkbox"/> 3. 頭が痛い・重い | <input type="checkbox"/> 4. 視力が落ちた気がする |
| <input type="checkbox"/> 2. いつも身体がだるい | <input type="checkbox"/> 6. 耳鳴りがする | <input type="checkbox"/> 7. 湿疹・じん麻疹がよく出る |
| <input type="checkbox"/> 5. 物が二重に見える | <input type="checkbox"/> 9. めまい・立ちくらみがする | <input type="checkbox"/> 10. むくみがある |
| <input type="checkbox"/> 8. 口が渇く | <input type="checkbox"/> 12. おなかが痛む | <input type="checkbox"/> 13. 息切れ・息苦しい |
| <input type="checkbox"/> 11. 胸やけや吐き気がする | <input type="checkbox"/> 15. 咳・たんがよく出る | <input type="checkbox"/> 16. 肩がこる |
| <input type="checkbox"/> 14. 胸が締め付けられる気がする | <input type="checkbox"/> 18. 手足に震えやしびれがある | <input type="checkbox"/> 19. 腰が重い・痛い |
| <input type="checkbox"/> 17. 手足が冷たい | <input type="checkbox"/> 21. 生理不順 | <input type="checkbox"/> 22. イライラすることが多い |
| <input type="checkbox"/> 20. 関節が痛い | <input type="checkbox"/> 24. ゆうつである | |
| <input type="checkbox"/> 23. 熟睡できない | | |

その他の自覚症状

5: 該当する病歴(ご自身・ご家族)にチェック(✓)をお付けください。 ※チェックしたご自身の病歴は結果報告書に記載されます。

本人なし

家族なし

ご本人				病名	家族歴		
経過観察中	治療中	治療終了	受診者様年齢		父	母	祖父母
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※一桁ずつご記入ください 歳から	脳血管疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※一桁ずつご記入ください 歳から	心疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※一桁ずつご記入ください 歳から	不整脈	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※一桁ずつご記入ください 歳から	腎臓病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※一桁ずつご記入ください 歳から	高血圧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※一桁ずつご記入ください 歳から	糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※一桁ずつご記入ください 歳から	脂質異常症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※一桁ずつご記入ください 歳から	肝臓病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※一桁ずつご記入ください 歳から	胃・十二指腸潰瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※一桁ずつご記入ください 歳から	肺炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※一桁ずつご記入ください 歳から	肺結核	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※一桁ずつご記入ください 歳から	リウマチ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※一桁ずつご記入ください 歳から	甲状腺疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※一桁ずつご記入ください 歳から	悪性腫瘍()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※一桁ずつご記入ください 歳から	その他()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※一桁ずつご記入ください 歳から	その他()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※一桁ずつご記入ください 歳から	その他()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6: 健康に有害な影響を与える業務に就いたことがある場合はチェック(✓)をお付けください。 ※チェックしたご業務歴は結果報告書に記載されます。

- | | | |
|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1. 該当なし | <input type="checkbox"/> 3. 異常気圧下での業務 | <input type="checkbox"/> 4. 激しい振動を与える業務 |
| <input type="checkbox"/> 2. 放射線被ばくの危険がある業務 | <input type="checkbox"/> 6. 粉塵を扱う業務 | <input type="checkbox"/> 7. その他() |
| <input type="checkbox"/> 5. 有害物質を扱う業務 | | |