

ボールペンでご記入ください。
裏面もございます。

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。		保険証	記号	番号	
連絡先	- -					
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？	☐ はい ☐ いいえ	②妊娠中ですか？	☐ はい ☐ いいえ	①検査したことが ☐ ない ☐ ある(②へ)	②結果は ☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 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	血圧を下げる薬	☐ はい ☐ いいえ
2	血糖を下げる薬またはインスリン注射 (ダイエット目的は除く)	☐ はい ☐ いいえ
3	コレステロールや中性脂肪を下げる薬	☐ はい ☐ いいえ
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。	☐ はい ☐ いいえ
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。	☐ はい ☐ 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。	☐ はい ☐ いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがありますか。	☐ はい ☐ いいえ
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	☐ 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) ☐ いいえ
9	20歳の時に比べて体重が10kg以上増加していますか。	☐ はい ☐ 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。	☐ はい ☐ いいえ
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。	☐ はい ☐ いいえ
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。	☐ はい ☐ 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。	☐ 何でもかんで食べることができる ☐ かみにくいことがある ☐ ほとんどかめない
14	人と比べると、食べる速度は速いほうですか。	☐ 速い ☐ ふつう ☐ 遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか。	☐ はい ☐ いいえ
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。	☐ 毎日 ☐ 時々 ☐ ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	☐ はい ☐ いいえ
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)	☐ 毎日 ☐ 週5～6日 ☐ 週3～4日 ☐ 週1～2日 ☐ 月1～3日 ☐ 月1日未満 ☐ やめた ☐ 飲まない(飲めない)
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)】	☐ 0～1合未満 ☐ 2～3合未満 ☐ 1～2合未満 ☐ 5合以上 ☐ 3～5合未満
20	睡眠で休養が十分にとれていますか。	☐ はい ☐ 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。	☐ 改善するつもりはない ☐ 概ね6ヶ月以内に改善予定 ☐ 概ね1ヶ月以内に改善予定 ☐ 取組済み(6ヶ月未満) ☐ 取組済み(6ヶ月以上)
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。	☐ はい ☐ 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。

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

- ☐
- 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
☐	☐	☐	※一桁ずつ ご記入ください			歳から	脳血管疾患	☐	☐	☐
☐	☐	☐	※一桁ずつ ご記入ください			歳から	心疾患	☐	☐	☐
☐	☐	☐	※一桁ずつ ご記入ください			歳から	不整脈	☐	☐	☐
☐	☐	☐	※一桁ずつ ご記入ください			歳から	腎臓病	☐	☐	☐
☐	☐	☐	※一桁ずつ ご記入ください			歳から	高血圧	☐	☐	☐
☐	☐	☐	※一桁ずつ ご記入ください			歳から	糖尿病	☐	☐	☐
☐	☐	☐	※一桁ずつ ご記入ください			歳から	脂質異常症	☐	☐	☐
☐	☐	☐	※一桁ずつ ご記入ください			歳から	肝臓病	☐	☐	☐
☐	☐	☐	※一桁ずつ ご記入ください			歳から	胃・十二指腸潰瘍	☐	☐	☐
☐	☐	☐	※一桁ずつ ご記入ください			歳から	肺炎	☐	☐	☐
☐	☐	☐	※一桁ずつ ご記入ください			歳から	肺結核	☐	☐	☐
☐	☐	☐	※一桁ずつ ご記入ください			歳から	リウマチ	☐	☐	☐
☐	☐	☐	※一桁ずつ ご記入ください			歳から	甲状腺疾患	☐	☐	☐
☐	☐	☐	※一桁ずつ ご記入ください			歳から	悪性腫瘍()	☐	☐	☐
☐	☐	☐	※一桁ずつ ご記入ください			歳から	その他()	☐	☐	☐
☐	☐	☐	※一桁ずつ ご記入ください			歳から	その他()	☐	☐	☐
☐	☐	☐	※一桁ずつ ご記入ください			歳から	その他()	☐	☐	☐

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。

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