

# 特定健診 問診票

人間ドック

勤務先健診

医療機関結果

国保番号
個人番号
記入年月日 令和
電話番号

\*下記、太枠内の当てはまる部分に☑してください。

氏名	様	生年 昭和 月日	年齢	歳	
1	服薬歴	血圧を下げる薬を飲んでいますか。(高血圧)		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	(現在、服薬している薬の有無)	血糖を下げる薬又はインスリン等の注射を使用していますか。(糖尿病)		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3		コレステロール又は中性脂肪を下げる薬を飲んでいますか。(脂質異常症)		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4	既往歴	脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっている、治療を受けた事がある。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5		心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっている、治療を受けた事がある。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6	(医師から)	慢性腎臓病や腎不全にかかっている、治療(人工透析)を受けた事がある。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7		貧血と言われたことがありますか。(脳貧血を除く)		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
8	喫煙	たばこ(加熱式・電子を含む)を現在(この1か月)習慣的に吸っていますか。		<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。		<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時間以上実施していますか。		<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"/> 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"/> 何でもかんで食べることができる	<input type="checkbox"/> 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある	<input type="checkbox"/> ほとんどかめない	
14	人と比較して食べる速度が速いですか。	<input type="checkbox"/> 速い	<input type="checkbox"/> ふつう	<input type="checkbox"/> 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。	<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	
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	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度。	<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)	
19	飲酒する日の1日当たりの飲酒量はどのくらいですか。 <b>1合の目安:</b> 日本酒1合(180ml)、ビール500ml缶1本、焼酎(25度)110ml、ウイスキーW1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	<input type="checkbox"/> 1合未満	<input type="checkbox"/> 2~3合未満	<input type="checkbox"/> 1~2合未満	<input type="checkbox"/> 3合以上
20	睡眠で休養が十分とれていると思いますか。	<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いますか。 ①~⑤の中から一つお選びください。	<input type="checkbox"/> ①改善するつもりはない	<input type="checkbox"/> ②改善するつもりである(概ね6か月以内)	<input type="checkbox"/> ③近いうちに改善するつもりで少しずつ始めている(概ね1か月以内)	<input type="checkbox"/> ④既に改善に取り組んでいる(6か月未満)
		<input type="checkbox"/> ⑤既に改善に取り組んでいる(6か月以上)			
自覚症状	例えば:頭痛 めまい 手足のしびれ 胸痛 肩こり 腰痛 関節痛 口渇 むくみ	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
*症状あれば○か記入する	その他( )				
他覚症状	医師などから言われた症状があれば( )	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		

★これ以下は記入不要です(担当者が記入します)

メタボ判定	1メタボ該当	2予備軍	3非該当	*医師の診断・所見、医師名を健診結果にマーカーで必ず記入する(生活習慣病を主に)	問診受付担当者
保健指導レベル	1積極的	2動機づけ	3情報提供	4判定不能	*保健指導階層化判定・MS判定は裏面参照 法定報告入力日 <input type="checkbox"/>