

健康診断問診票

フリガナ		生年月日	S・H 年 月 日
氏名		性別・年齢	男 ・ 女 (歳)
		会社名	
住所	〒	電話番号	

●健康保険組合等（協会けんぽ、産業機械健保、等）の補助を使った健診を受診される方はご記入ください。

今年度、健康保険組合等の補助を使った健診の受診は初めてですか。	1.初めて 2.今年度受診あり（ 当院で受診 ・ 他院で受診 ）
---------------------------------	---------------------------------------

●ご本人の病歴について病名等をご記入ください。

1.特になし

1.特になし

病 名 番 号	2. 高血圧症	12. 腎臓病
	3. 高脂血症	13. 肺炎
	4. 脳卒中	14. 喘息
	5. 肝臓病	15. 糖尿病
	6. 肝炎	16. 痛風
	7. 膵炎	17. 十二指腸潰瘍
	8. 心臓病	18. 慢性胃炎
	9. 貧血	19. 虫垂炎
	10. 胃潰瘍	20. 肺結核
	11. 胆石症	21. その他

病名 番号	現在治療中の病気	年齢

病名 番号	既往歴 (過去の病気)	年齢

●自覚症状についてご記入ください。

過去3か月以内で、該当する症状があればチェック(✓)を記入して下さい。		
<input type="checkbox"/> 1. 特になし <input type="checkbox"/> 2. 咳がよく出る <input type="checkbox"/> 3. 痰がよく出る <input type="checkbox"/> 4. 食欲がない <input type="checkbox"/> 5. 胃が痛む <input type="checkbox"/> 6. 胃がもたれる <input type="checkbox"/> 7. 吐き気がする <input type="checkbox"/> 8. 嘔吐がある <input type="checkbox"/> 9. 胸やけがする	<input type="checkbox"/> 10. 胸が痛む <input type="checkbox"/> 11. 動悸がする <input type="checkbox"/> 12. 息切れがする <input type="checkbox"/> 13. 不整脈がある <input type="checkbox"/> 14. 顔や手足がむくむ <input type="checkbox"/> 15. 体がだるい <input type="checkbox"/> 16. のどの渇きがある <input type="checkbox"/> 17. 残尿感がある <input type="checkbox"/> 18. 頭痛がする	<input type="checkbox"/> 19. 首、肩、背中、腰のこりや痛みがある <input type="checkbox"/> 20. 立ちくらみやめまいがする <input type="checkbox"/> 21. 便秘しがちである <input type="checkbox"/> 22. 下痢しやすい <input type="checkbox"/> 23. 血尿が出る <input type="checkbox"/> 24. 便に血が混ざる <input type="checkbox"/> 25. よくむせる
※以下は女性の方のみです <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 生理中		

●事業所の定期健康診断として受診される方はこちらにもご記入ください。

1	これまでの、重量物の取扱いの経験がありますか。	1. はい 2. いいえ
2	これまでの、粉塵の取扱いのある業務経験がありますか。	1. はい 2. いいえ
3	これまでの、激しい振動を伴う業務経験がありますか。	1. はい 2. いいえ
4	これまでの、有害物質の取扱いのある業務経験がありますか。	1. はい 2. いいえ
5	これまでの、放射線の取扱いのある業務経験がありますか。	1. はい 2. いいえ
6	現在の職場では、どのような勤務体制で働いていますか。	1. 常時日勤 2. 常時夜勤 3. 交替制（日勤と夜勤の両方あり）
7	現在の職場での、直近1ヶ月間の1日あたりの平均的な労働時間はどのくらいですか。	1. 6時間未満 2. 6時間以上8時間未満 3. 8時間以上10時間未満 4. 10時間以上
8	現在の職場での、直近1ヶ月間の1週間あたりの平均的な労働日数はどのくらいですか。	1. 3日間未満 2. 3日間以上5日間未満 3. 5日間 4. 6日間以上
9	何か健康について相談したいことがありますか。	1. はい 2. いいえ
10	これまでの業務歴についてご記入ください。（例：営業歴3年、販売歴1年など）	

健康質問票

* 次の質問について、該当する項目に☑してください。なお、1～3及び8の項目は必ず☑してください。

質問項目		回答記入欄 (☑チェック)	
1	血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> ①はい	<input type="checkbox"/> ②いいえ
2	血糖を下げる薬又はインスリン注射	<input type="checkbox"/> ①はい	<input type="checkbox"/> ②いいえ
3	コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<input type="checkbox"/> ①はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> ①はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> ①はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> ①はい	<input type="checkbox"/> ②いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがある。	<input type="checkbox"/> ①はい	<input type="checkbox"/> ②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 両方満たすものである。 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"/> ①はい (条件1と条件2 を両方満たす)	<input type="checkbox"/> ③いいえ (①②以外)
		<input type="checkbox"/> ②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)	
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	<input type="checkbox"/> ①はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ①はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ①はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> ①はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> ①何でもかんで食べることができる	
		<input type="checkbox"/> ②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ります	
		<input type="checkbox"/> ③ほとんどかめない	
14	人と比較して食べる速度が速い。	<input type="checkbox"/> ①速い <input type="checkbox"/> ③遅い	<input type="checkbox"/> ②ふつう
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。	<input type="checkbox"/> ①はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> ①毎日 <input type="checkbox"/> ③ほとんど摂取しない	<input type="checkbox"/> ②時々
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	<input type="checkbox"/> ①はい	<input type="checkbox"/> ②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 あった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者)	<input type="checkbox"/> ①毎日	
		<input type="checkbox"/> ②週5～6日	
		<input type="checkbox"/> ③週3～4日	
		<input type="checkbox"/> ④週1～2日	
		<input type="checkbox"/> ⑤月に1～3日	
		<input type="checkbox"/> ⑥月に1日未満	
		<input type="checkbox"/> ⑦やめた	
		<input type="checkbox"/> 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"/> ①1合未満	
		<input type="checkbox"/> ②1～2合未満	
		<input type="checkbox"/> ③2～3合未満	
		<input type="checkbox"/> ④3～5合未満	
		<input type="checkbox"/> ⑤5合以上	
20	睡眠で休養が十分とれている。	<input type="checkbox"/> ①はい	<input type="checkbox"/> ②いいえ
21	運動や食生活等の 生活習慣を改善して ようと思いませんか。	<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(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	
		<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)	
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"/> ①はい	<input type="checkbox"/> ②いいえ