

就業先または現在の職種(業種)を記入して下さい【

】

健康診断問診票			受診日	年	月	日
フリガナ	男・女	生年月日	年	月	日	TEL - -
氏名		〒 住所				
業務歴⇒今まで、危険業務の経歴はありますか。 有()						無
既往歴⇒今まで、大きな病気、怪我、あるいは現在治療中の病気がありますか。 有()						無
服薬歴⇒現在、服用している薬はありますか。(降圧剤、糖尿薬等) 有()						無
自覚症状⇒発熱、痛み、吐きけ、嘔吐、下痢、頻尿、出血、めまい、息切れ等がありますか。 有()						無
喫煙歴⇒ 現在あり		本/日、	年間	過去あり	本/日、	年間(歳まで)
(看護師問診) 他覚症状⇒周りの方から指摘されるようなことはありますか。 有()						無
1	高血圧の薬を飲んでいますか。					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	インスリン注射または糖尿病の薬を飲んでいますか。					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	コレステロールまたは中性脂肪の薬を飲んでいますか。					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっていると言われたり、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	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっていると言われたり、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	医師から、慢性の腎不全にかかっていると言われたり、治療(人工透析)を受けたことがありますか。					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	医師から、貧血と言われたことがありますか。					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	現在、たばこを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10キロ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	同世代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	食事を噛んで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。					<input type="checkbox"/> 何でも噛んで食べることができる <input type="checkbox"/> 歯や歯ぐき、噛み合わせなど気になる部分があり、噛みにくいことがある <input type="checkbox"/> ほとんど噛めない
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"/> 殆ど摂取しない
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(清酒、焼酎、ビール、洋酒等)をどのくらいの頻度で飲みますか。					<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 殆ど飲まない(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。 清酒1合(180ml)の目安:ビール中瓶1本(500ml)、焼酎35度(80ml)、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)					<input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1~2合未満 <input type="checkbox"/> 2~3合未満 <input type="checkbox"/> 3合以上
20	睡眠で休養は十分にとれていますか。					<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ヶ月以内に改善するつもり <input type="checkbox"/> 概ね1ヶ月以内に改善するつもりであり、少しずつ始めている。 <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(始めて6か月未満) <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(始めて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。					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

※女性の方へ:現在 生理なし・生理中(日目)・生理直前・直後