

健康調査票

受診日:西暦 年 月 日 ()

フリガナ		生年月日	T・S・H・R	性別	男・女
氏名		年	月	日 (歳)	
住所	〒 -				
携帯: () 自宅: () 緊急連絡先: () (関係)					
メールアドレス: @					
勤務先	名称			電話番号	()
	住所	〒 -			
業務歴	☐ 営業職 ☐ 事務職 ☐ 販売業 ☐ 飲食業 ☐ サービス業 ☐ 運送業 ☐ その他() 年				

記入の見本 ☒ ▼ ご記入は全て **ボールペン** をご使用ください

◆ 自覚症状 ※ 現在、該当する自覚症状があれば選択ください。「ない」場合は、☐特になしにチェック

☐ 特になし	☐ 胸やけ	☐ 下痢	☐ 目のかすみ	☐ 手足のむくみ
☐ 動悸	☐ 飲み込みづらさ	☐ 便秘	☐ 聴力低下	☐ 立ちくらみ
☐ 息切れ	☐ 腹痛	☐ 頻尿	☐ 耳鳴り	☐ 腰痛
☐ 咳・痰	☐ 食欲不振	☐ 残尿感	☐ めまい	☐ 肩こり
☐ 血痰	☐ 吐き気・嘔吐	☐ 血尿・排尿痛	☐ 手足のしびれ	☐ 関節痛・はれ
☐ 胃痛(食後・空腹時)	☐ 血便	☐ 視力低下	☐ だるさ	☐ 体重減少
☐ 寝付きが悪い	☐ 喉の渇き・多飲	☐ その他()		

◆ 病歴 ※ 該当する病名の治療状況を選択してください。「ない」場合は、☐ 病歴なしにチェック

☐ 病歴なし	内服治療中	定期受診中	過去の病気		内服治療中	定期受診中	過去の病気		内服治療中	定期受診中	過去の病気	
高血圧	☐	☐	☐	脂肪肝・肝機能障害	☐	☐	☐	胃・十二指腸潰瘍	☐	☐	☐	
糖尿病	☐	☐	☐	B型・C型肝炎	☐	☐	☐	腸閉塞	☐	☐	☐	
脂質異常症(コレステロール・中性脂肪)	☐	☐	☐	胆石	☐	☐	☐	慢性胃炎	☐	☐	☐	
脳梗塞	☐	☐	☐	膵炎・膵臓疾患	☐	☐	☐	逆流性食道炎	☐	☐	☐	
脳出血・くも膜下出血	☐	☐	☐	喘息	☐	☐	☐	骨粗鬆症	☐	☐	☐	
脳動脈瘤	☐	☐	☐	肺気腫	☐	☐	☐	関節リウマチ	☐	☐	☐	
心筋梗塞・狭心症	☐	☐	☐	慢性腎臓病	☐	☐	☐	白内障	☐	☐	☐	
不整脈	☐	☐	☐	腎不全・人工透析	☐	☐	☐	緑内障	☐	☐	☐	
大動脈瘤・解離	☐	☐	☐	腎結石・尿管結石	☐	☐	☐	難聴	☐	☐	☐	
痛風・高尿酸血症	☐	☐	☐	甲状腺疾患	☐	☐	☐	子宮筋腫	☐	☐	☐	
貧血	☐	☐	☐	前立腺肥大	☐	☐	☐	卵巣のう腫	☐	☐	☐	
がん [大腸・肺・胃・肝臓・膵臓・前立腺・乳房・子宮頸・子宮体・他 ()]									☐	☐	☐	
その他 (※上記に該当がない疾患)												
ピロリ菌の除菌歴	☐ なし	☐ あり	☐ 不明									

◆ 家族歴 ☐ 下記に該当する 家族歴なし

☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 脂質異常症 ☐ 脳梗塞・脳出血 ☐ 心疾患 ☐ がん ()

◆ 内服中の薬 ☐ なし ☐ あり → 健診当日に内服している薬がわかるものを必ずご持参ください

◆ 女性の方 月経 (☐ 生理中 ☐ 該当なし) 妊娠の可能性 (☐ あり ☐ なし)

特定健康診査 質問票

受診日:西暦 年 月 日 ()

フリガナ		生年月日	T・S・H・R	性別	男・女
氏名		年 月 日 (歳)			

1	現在、 血圧を下げる薬 を服用していますか	☐	はい	☐	いいえ
2	現在、 インスリン注射又は血糖を下げる薬 を服用していますか ※ダイエット目的を含まず、治療目的で医師から処方されている方のみ「はい」につけてください。	☐	はい	☐	いいえ
3	現在、 コレステロールや中性脂肪を下げる薬 を服用していますか	☐	はい	☐	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	☐	はい	☐	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	☐	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 と言われたことがある	☐	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・2を両方満たす者 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(条件1.2を満たす)		
		☐	以前は吸っていたがここ1ヶ月吸っていない(条件2を満たす)		
		☐	いいえ(上記選択肢以外)		
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	☐	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	☐	はい	☐	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	☐	はい	☐	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	☐	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	☐	何でも噛んで食べることができる		
		☐	噛みにくいことがある		
		☐	ほとんど噛めない		
14	人と比較して食べる速度が速い	☐	早い	☐	普通
				☐	遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある	☐	はい	☐	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	☐	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回以上ある	☐	はい	☐	いいえ
18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどのぐらいですか ※「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 (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・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)	☐	1合未満	☐	1～2合未満
		☐	2～3合未満	☐	3～5合未満
		☐	5合以上		
20	睡眠で休養が十分とれている	☐	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 ☐ 改善するつもりである(概ね6ヶ月以内) ☐ 近いうちに(概ね1ヶ月以内) ☐ 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) ☐ 既に改善に取り組んでいる(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
23	食後何時間経っていますか(受診日、受付時に記入)	☐	10時間以上	☐	3.5～10時間
				☐	3.5時間未満