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	〒　　-				
連絡先	※携帯番号を優先に記入ください	緊急連絡先:	（　　）	（関係　　）	
携 帯:	（　　）	自 宅:	（　　）	勤務先:	（　　）
メールアドレス:	@				
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 レ　▼ 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すか □ 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