

質 問 票

氏 名： _____

該当する箇所へ☑(斜線)を記入してください。

	質 問 項 目	回 答	
★1-3	現在、aからcの薬を使用していますか。(医師の判断・治療のもとで服薬中のもの)		
1	a. 血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<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)にかかっているといわれたり、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)にかかっているといわれたり、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"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7	医師から、貧血とい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(加熱式たばこや電子たばこを含む)を習慣的に吸っていますか。 ※合計100本以上、又は6か月以上吸っており、最近1か月間も吸っている。	<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(ふつう)	<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。 (いずれか1つ選んでください。)	<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)を飲む頻度はどのくらいですか。	<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	毎日、又は時々飲む方は飲酒日の1日当たりの飲酒量はどのくらいですか。 日本酒1合(180ml)の目安:ビール500ml、焼酎(25度)110ml、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"/> 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。 (いずれか1つ選んでください。)	<input type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 改善するつもりである(概ね6か月以内) <input type="checkbox"/> 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"/> 既に改善に取り組んでいる(6か月未満) <input type="checkbox"/> 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

◎それぞれの質問について、あてはまるもの一つだけ選んで回答してください。(複数選択は不可)

自覚症状

23 次の症状はありますか? ※ある場合は3つまで選択可

特になし 胸痛 息切れ 頭痛 せき・たん 動悸 不眠 めまい

女性の方にお聞きます。

24 現在、妊娠していますか。 はい 可能性あり いいえ

25 現在、生理中ですか。 はい いいえ

〈個人情報 の 取扱い について〉

取得した個人情報は、健康状態把握のための健診検査の実施、結果報告書の作成、精密検査の案内、料金の請求、健診検査の精度管理、健康相談等に利用します。健診検査等の結果はご本人のほか、健診委託元(市町村、事業所等)にお知らせします。医療サービス提供及び健診の精度向上のために、他の医療機関等と情報連携をする場合があります。また、検査の一部を外部に委託する場合があります。個人情報の取扱いについて同意をいただけない場合は、健診検査・健康相談等をお受けいただけないことがあります。なお、同意いただいた後でも撤回することが可能です。

集団健診用
問診者サイン