

質 問 票

氏 名： _____

該当する箇所へ☑(斜線)を記入してください。

既往歴

a	現在、治療中の病気はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 他()
b	いままでに医師から貧血といわれたことはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

自覚症状

c	次の症状はありますか？ ※ある場合は3つまで選択可 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> せき・たん <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> めまい
---	---

	質 問 項 目	回 答	
1	あなたの現在の健康状態はいかがですか。	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> よくない	<input type="checkbox"/> まあよい <input type="checkbox"/> あまりよくない
2	毎日の生活に満足していますか。	<input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> やや不満	<input type="checkbox"/> やや満足 <input type="checkbox"/> 不満
3	1日3食きちんと食べていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4	半年前に比べて固いもの(さきいか、たくあんなど)が食べにくくなりましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	お茶や汁物等でむせることがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
8	この1年間に転んだことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
9	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
10	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
11	今日が何月何日かわからない時がありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
12	あなたはたばこを吸いますか。	<input type="checkbox"/> 吸っている <input type="checkbox"/> やめた	<input type="checkbox"/> 吸っていない
13	週に1回以上は外出していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
14	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
15	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか。	<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)

〈個人情報取り扱いについて〉

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。

個人情報の取り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