

問診票

保険証	記号	番号	被保険者 会社名	被保険者 事業所・部署
氏名	か		生年月日	西暦 年 月 日
現住所	〒 - 日中連絡先:			

健診結果表のコピーとともに送付ください

身長	cm	体重	kg	腹囲	cm
----	----	----	----	----	----

問診票(既往歴、服薬歴、喫煙歴) 該当するものにチェック(☑)してください

問診必須項目	1	現在、血圧を下げる薬を服用していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
	2	現在、血糖を下げる薬またはインスリン注射を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
	3	コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用していますか。	<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、たばこを習慣的に吸っていますか。 (直近1か月以内に合計100本以上、または6か月以上継続して今も吸っている)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
	9	20歳の時から体重が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また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	<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。 ①何でもかんで食べることができる ②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 ③ほとんどかめない	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③		
	14	人と比較して食べる速度が速いですか。 ①速い ②ふつう ③遅い	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③		
	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。 ①毎日 ②時々 ③ほとんど摂取しない	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③		
	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)を飲む頻度はどれくらいですか。 ①毎日 ②時々 ③ほとんど飲まない(飲めない)	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③		
	19	飲酒日の1日当たりの飲酒量はどれくらいですか。 ※日本酒1合(180ml)の目安:ビール中瓶1本(約500ml)、焼酎25度(110ml) ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml) ①1合未満 ②1~2合未満 ③2~3合未満 ④3合以上	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④	
	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。 ①改善するつもりはない ②改善するつもりである(概ね6か月以内) ③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 ④既に改善に取り組んでいる(6か月未満) ⑤既に改善に取り組んでいる(6か月以上)	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④	<input type="checkbox"/> ⑤
	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			

個人情報の取扱いについて

※健診結果や問診票は、健康状態の把握や保健指導、健診データの分析・解析に活用します。
(詳細は、ホームページの「その他人間ドック・各種検診」の手続きの「個人情報の取扱い」を参照ください。)

上記、個人情報の取扱いについて同意のうえ、提出します。

(受診者自署)