

その他

特定健康診査質問票

受診日 年 月 日

| | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|----|-----|------|---|--|-----|--|
| 受診券番号 | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | | | | |
| | | | | | | 昭和 | | 年 | | 月 日 | |

1. 主な既往歴について伺います。
 これまで治療したことのある病気、または現在治療中の病気について、「はい」か「いいえ」を で囲んでください。

| | | | | | | | |
|-------------|-----------|----|-----|-----|---------|----|-----|
| 脳血管 | 脳卒中 | はい | いいえ | 心疾患 | 狭心症 | はい | いいえ |
| | 脳出血(脳卒中) | はい | いいえ | | 心筋梗塞 | はい | いいえ |
| | 脳梗塞(脳卒中) | はい | いいえ | | 心不全 | はい | いいえ |
| | その他の脳血管疾患 | はい | いいえ | | 虚血性心疾患 | はい | いいえ |
| 腎不全 人工透析 | 慢性的な腎不全 | はい | いいえ | | その他の心疾患 | はい | いいえ |
| 人工透析 | | はい | いいえ | 貧血 | 貧血 | はい | いいえ |

2. その他の既往歴について伺います。
 上記以外に、これまで治療したことのある病気、または現在治療中の病気がありましたら、病名右の空欄に記入してください。

| | | | | | | | | |
|----|-------|--|----|-----------|--|----|----------|--|
| 01 | 高血圧 | | 05 | 高尿酸血症 | | 09 | 胃・十二指腸潰瘍 | |
| 02 | 低血圧 | | 06 | 腎不全以外の腎疾患 | | 10 | うつ | |
| 03 | 不整脈 | | 07 | 糖尿病 | | 11 | 骨粗鬆症 | |
| 04 | 高脂質血症 | | 08 | 肝臓病 | | | | |

3. 自覚症状について伺います。
 次の症状について、自覚症状がある場合は「はい」を、特にない場合は「いいえ」を で囲んでください。

| | | | | | | | |
|----|-----------|----|-----|----|-----------|----|-----|
| 01 | 胸の圧迫感 | はい | いいえ | 08 | めまい・立ちくらみ | はい | いいえ |
| 02 | 心臓の鼓動が激しい | はい | いいえ | 09 | いつも調子が悪い | はい | いいえ |
| 03 | 動悸がする | はい | いいえ | 10 | おなかが張っている | はい | いいえ |
| 04 | 息切れがする | はい | いいえ | 11 | 下痢 | はい | いいえ |
| 05 | 不眠 | はい | いいえ | 12 | 便秘 | はい | いいえ |
| 06 | 肩こり・腰痛 | はい | いいえ | 13 | 下痢と便秘の両方 | はい | いいえ |
| 07 | 手足のしびれ感 | はい | いいえ | 14 | 痔の傾向がある | はい | いいえ |

4. 服薬の状況について伺います。
 現在、次の薬を使っている場合は「はい」を、使っていない場合は「いいえ」を で囲んでください。
 また、使っているお薬の名前がわかれば記入してください。

| | | | |
|-----------------|---------|------|--|
| | 薬を使っている | 薬の名前 | |
| 血圧を下げる薬 | はい | いいえ | |
| インスリン注射や血糖を下げる薬 | はい | いいえ | |
| コレステロールを下げる薬 | はい | いいえ | |

5. 喫煙歴について伺います。
 現在、習慣的にたばこを吸っていますか。
 「習慣的」とは、これまで100本以上、または6ヶ月以上吸っていて、最近1ヶ月以上も吸っている場合をいいます。

| | |
|----|-----|
| はい | いいえ |
|----|-----|

6. 食後経過時間について伺います。
 最後に食事を摂ってから、どのくらいの時間が経過していますか。

| | |
|----------|--------|
| 10時間以上経過 | 10時間未満 |
|----------|--------|

| | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 医師の記入欄 | | |
| 診察 | | |
| 他覚症状 | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| [他覚症状所見] 01: 眼瞼結膜蒼白(+) 02: 浮腫: 眼瞼(+) 03: 肝臓肥大(+) 04: 浮腫: 下腿(+) 05: 心音不純 06: 不整脈あり | | |
| 今回詳細な健診を実施する場合の理由 | | |
| 貧血 | 心電図 | 眼底 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1: 質問票 2: 診察等 | 1: 質問票 2: 診察等 | 1: 質問票 2: 診察等 |
| 医師の署名 | | |