

※質問票は2枚あります。2枚とも記入してください。

| | | | |
|-----|---|---|---|
| 受診日 | 年 | 月 | 日 |
|-----|---|---|---|

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|-----|------|---|---|---|
| 受診券番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | | | |
| 氏名 | | | | | | | | | | | | 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 | 慢性腎臓病・腎不全 | はい | いいえ | | その他の心疾患 | はい | いいえ |
| | 人工透析など | 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○を記入してください。

| | | | | | | | | |
|----|-------|--|----|-----------|--|----|----------|--|
| 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 | |
| 血糖を下げる薬又はインスリン注射 | はい | いいえ | |
| コレステロールや中性脂肪を下げる薬 | 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。

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

※「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。

6. 家族歴について伺います。

血縁関係（父母、兄弟等）で次の病気をお持ちの方がいる場合は、病名右の空欄に○を記入してください。

| | | | | | |
|----|-------------|--|----|----------------|--|
| 01 | 高血圧 | | 05 | 脳卒中（脳出血・脳梗塞等） | |
| 02 | 糖尿病 | | 06 | 心臓病（狭心症・心筋梗塞等） | |
| 03 | 脂質異常症（高脂血症） | | 07 | 腎臓病 | |
| 04 | 高尿酸血症（痛風） | | | | |

7. 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。
対象となる経過時間に○を記入してください。

| | | |
|---|------------|--|
| 1 | 10時間以上 | |
| 2 | 10時間未満 | |
| 3 | 3.5～10時間未満 | |
| 4 | 3.5時間未満 | |

⇒2枚目へ記入をお願いします。

| | |
|----|--|
| 氏名 | |
|----|--|

8. 20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。

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

9. 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。

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

10. 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。

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

11. ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。

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

12. 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 | |
| 2 | かみにくい | |
| 3 | ほとんどかめない | |

13. 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 | |

14. 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。

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

15. 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 | |

16. 朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。

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

17. 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) | |

18. 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500ml、焼酎(25度)110ml、
ウイスキーダブル一杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)

| | | |
|---|--------|--|
| 1 | 1合未満 | |
| 2 | 1～2合未満 | |
| 3 | 2～3合未満 | |
| 4 | 3合以上 | |

19. 睡眠で休養が十分とれていますか。

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

20. 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 | 概ね6か月以内に改善するつもりである。 | |
| 3 | 概ね1か月以内に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) | |

21. 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。

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

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|---|-------|-----|----|--|--|--|-------|---|----------------------------------|
| <p>医師の記入欄</p> <p>診察</p> <p>他覚症状</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%; height: 20px;"></td> <td style="width: 33%; height: 20px;"></td> <td style="width: 33%; height: 20px;"></td> </tr> </table> | | | | <p>[他覚症状所見]</p> <p>01: 眼瞼結膜蒼白(+)</p> <p>02: 浮腫: 眼瞼(+)</p> <p>03: 肝臓肥大(+)</p> <p>04: 浮腫: 下腿(+)</p> <p>05: 心音不純</p> <p>06: 不整脈あり</p> | <p>今回詳細な健診を実施する場合の理由と対象者区分</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">理由 貧血</td> <td style="width: 33%;">心電図</td> <td style="width: 33%;">眼底</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1: 質問等 <input type="checkbox"/> 2: 診察等</td> <td><input type="checkbox"/> 1: 質問等 <input type="checkbox"/> 2: 診察等</td> <td><input type="checkbox"/> 1: 質問等 <input type="checkbox"/> 2: 診察等</td> </tr> <tr> <td>対象者区分</td> <td><input type="checkbox"/> 1: 検査結果 <input type="checkbox"/> 2: 不整脈疑い</td> <td><input type="checkbox"/> 1: 検査結果</td> </tr> </table> <p>医師の署名</p> | 理由 貧血 | 心電図 | 眼底 | <input type="checkbox"/> 1: 質問等 <input type="checkbox"/> 2: 診察等 | <input type="checkbox"/> 1: 質問等 <input type="checkbox"/> 2: 診察等 | <input type="checkbox"/> 1: 質問等 <input type="checkbox"/> 2: 診察等 | 対象者区分 | <input type="checkbox"/> 1: 検査結果 <input type="checkbox"/> 2: 不整脈疑い | <input type="checkbox"/> 1: 検査結果 |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| 理由 貧血 | 心電図 | 眼底 | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 1: 質問等 <input type="checkbox"/> 2: 診察等 | <input type="checkbox"/> 1: 質問等 <input type="checkbox"/> 2: 診察等 | <input type="checkbox"/> 1: 質問等 <input type="checkbox"/> 2: 診察等 | | | | | | | | | | | | |
| 対象者区分 | <input type="checkbox"/> 1: 検査結果 <input type="checkbox"/> 2: 不整脈疑い | <input type="checkbox"/> 1: 検査結果 | | | | | | | | | | | | |