

※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

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 人工透析など	はい	いいえ		その他の心疾患	はい	いいえ
		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、たばこを習慣的に吸っていますか。該当する回答に○を記入してください。  
 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。  
 条件1:最近1か月間吸っている  
 条件2:生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている)

1	はい（条件1と条件2を両方満たす）	
2	以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない（条件2のみ満たす）	
3	いいえ（条件1、条件2以外）	

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。
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。
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。
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。
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。

はい	いいえ
----	-----

はい	いいえ
----	-----

はい	いいえ
----	-----

はい	いいえ
----	-----

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)を飲む頻度はどのくらいですか。

※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者

1	毎日	
2	週5～6日	
3	週3～4日	
4	週1～2日	
5	月に1～3日	
6	月に1日未満	
7	やめた	
8	飲まない(飲めない)	

18. 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(アルコール度数15度・180ml)の目安: ビール(同5度・500ml)  
 焼酎(同25度・約110ml)、ワイン(同14度・約180ml)  
 ウイスキー(同43度・60ml)、缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml)

1	1合未満	
2	1～2合未満	
3	2～3合未満	
4	3～5合未満	
5	5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すか。

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、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。

はい	いいえ
----	-----

医師の記入欄

診察

他覚症状

--	--	--

[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と対象者区分

理由 貧血

<input type="checkbox"/>	3: 既往 4: 視診等
--------------------------	-----------------

心電図

<input type="checkbox"/>	5: 基準該当 6: 不整脈
--------------------------	-------------------

眼底

<input type="checkbox"/>	5: 基準該当
--------------------------	---------

対象者区分

<input type="checkbox"/>	1: 検査結果 2: 不整脈疑い
--------------------------	---------------------

1: 検査結果

(尿検査)測定不可能・検査未実施の理由

<input type="checkbox"/>	1: 生理中 2: 腎疾患等の基礎疾患があるため排尿障害を有する
--------------------------	-------------------------------------

医師の署名