

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。

Table with 4 columns: Disease Category, Disease Name, Yes/No options. Includes categories like 脳血管 (Stroke, Hemorrhage, Infarction, etc.), 心疾患 (Heart Disease), 腎不全 (Kidney Failure), and 貧血 (Anemia).

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。

Table with 3 columns: ID, Disease Name, Empty box for marking. Includes: 01 高血圧, 02 低血圧, 03 不整脈, 04 高脂質血症, 05 高尿酸血症, 06 腎不全以外の腎疾患, 07 糖尿病, 08 肝臓病, 09 胃・十二指腸潰瘍, 10 うつ, 11 骨粗鬆症.

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。

Table with 4 columns: ID, Symptom Name, Yes/No options. Includes symptoms like 01 胸の圧迫感, 02 心臓の鼓動が激しい, 03 動悸がする, 04 息切れがする, 05 不眠, 06 肩こり・腰痛, 07 手足のしびれ感, 08 めまい・立ちくらみ, 09 いつも調子が悪い, 10 おなかが張っている, 11 下痢, 12 便秘, 13 下痢と便秘の両方, 14 痔の傾向がある.

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。

Table with 3 columns: Medication Type, Yes/No options, Medication Name. Includes: 血圧を下げる薬, 血糖を下げる薬又はインスリン注射, コレステロールや中性脂肪を下げる薬.

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)

Table with 3 columns: ID, Response Options, Empty box for marking. Includes: 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. 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。

Table with 3 columns: ID, Time Interval, Empty box for marking. Includes: 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.

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

(尿検査)測定不可能・検査未実施の理由
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

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 (3:既往, 4:視診等), 心電図 (5:基準該当, 6:不整脈), 眼底 (5:基準該当), 血清クレアチニン (5:基準該当).
対象者区分: 心電図 (1:検査結果, 2:不整脈疑い), 眼底 (1:検査結果), 血清クレアチニン (1:検査結果).