

※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、

ウィスキーダブル一杯(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

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 眼底

対象者区分

眼底

5: 基準該当

1: 検査結果

医師の署名