健 康 診 断 問 診 票

フリガナ		住　所	〒
氏　名			
生年月日	年　　月　　日	連絡先	

1. 質問票

次の質問について、該当する項目に☐してください。

No	質 問 項 目	回 答（☑チェック）
1	現在、血圧を下げる薬を使用していますか	☐ 1：はい　☐ 2：いいえ
2	現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用していますか	☐ 1：はい　☐ 2：いいえ
3	現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用していますか	☐ 1：はい　☐ 2：いいえ
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり治療を受けたことがありますか	☐ 1：はい　☐ 2：いいえ
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり治療を受けたことがありますか	☐ 1：はい　☐ 2：いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり治療(人工透析など)を受けていますか	☐ 1：はい　☐ 2：いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがありますか	☐ 1：はい　☐ 2：いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか ※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と2を両方満たす者である 条件1:最近1ヶ月間吸っている 条件2:生涯で6ヶ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」「2：以前は吸っていた」を回答されましたら、喫煙本数・年数もご回答ください。	☐ 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ヶ月間は吸っていない（条件２のみ満たす） ☐ 3：いいえ(1、2以外) １日(　　)本　(　　)年間
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか	☐ 1：はい　☐ 2：いいえ
10	1回30分以上の軽い汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか	☐ 1：はい　☐ 2：いいえ
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか	☐ 1：はい　☐ 2：いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか	☐ 1：はい　☐ 2：いいえ
13	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：何でもかんで食べることができる ☐ 2：歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある ☐ 3：ほとんどかめない
14	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
15	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	☐ 1：はい　☐ 2：いいえ
16	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
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか	☐ 1：はい　☐ 2：いいえ
18	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）
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量は、どれにあてはまりますか ※日本酒1合当たりの目安(アルコール度数15度・180ml)： 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
20	睡眠で休養が十分とれていますか	☐ 1：はい　☐ 2：いいえ
21	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：改善するつもりである（概ね６か月以内） ☐ 3：近いうちに（概ね１か月以内）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）
22	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	☐ 1：はい　☐ 2：いいえ

※次頁も記入してください。

2. 既往歴

・かかった病気を下記の表から選択し、既往歴欄にコード・発症年齢・現況（転帰）を記入してください。（右詰め）
・既往歴が無い場合は、既往歴欄に 「0」（既往歴なし）を記入してください。（右詰め）
・下記の表以外にかかった病気がある場合、【その他病名】枠内に記入してください。
・現況(転帰)枠には、次の1～4の数字を記入してください。1：治癒　2：服薬なし治療中　3：服薬あり治療中　4：中止

既往歴欄

病名	発症年齢	現況(転帰)	病名	発症年齢	現況(転帰)	病名	発症年齢	現況(転帰)
例）白内障を60歳で発症、服薬なし治療中								
7	60歳	2		歳			歳	
	歳			歳			歳	
	歳			歳			歳	
	歳			歳			歳	
【その他病名】							歳	

0：既往歴なし	16：気管支ぜんそく	32：大腸ポリープ	48：血液疾患
1：脳腫瘍	17：気管支拡張症	33：虫垂炎	49：貧血
2：脳梗塞	18：慢性気管支炎	34：痔	50：痛風・高尿酸血症
3：クモ膜下出血	19：高血圧	35：胆石症	51：神経痛
4：脳出血	20：狭心症	36：胆のうポリープ	52：うつ病
5：一過性脳虚血発作	21：心筋梗塞	37：慢性膵炎	53：扁桃腺炎
6：緑内障	22：心房中隔欠損症	38：Ｂ型肝炎	54：子宮頸がん
7：白内障	23：心室中隔欠損症	39：Ｃ型肝炎	55：子宮体がん
8：糖尿病性網膜症	24：心臓弁膜症	40：肝硬変	56：卵巣嚢腫(腫瘍)
9：その他の眼科疾患	25：不整脈	41：腎炎・ネフローゼ	57：子宮内膜症
10：甲状腺機能低下症	26：食道がん	42：腎結石	58：子宮筋腫
11：甲状腺機能亢進症	27：胃がん	43：尿路結石	59：子宮細胞診異常
12：結核・胸膜炎	28：胃潰瘍	44：前立腺がん	60：乳がん
13：肺がん	29：胃ポリープ	45：前立腺肥大	61：乳腺症
14：肺線維症	30：十二指腸潰瘍	46：高脂血症	62：更年期障害
15：肺気腫	31：大腸がん	47：糖尿病	63：関節リウマチ

3. 自覚症状

・身体に感じている症状を下記の表から選択し、コードを自覚症状欄に記入してください。（右詰め）
・自覚症状が無い場合は、自覚症状欄に 「0」（自覚症状なし） を記入してください。（右詰め）
・下記の表以外の症状がある場合、【その他症状】枠内に記入してください。

自覚症状欄

例）眠れない場合								
2								
【その他症状】								

0：自覚症状なし	12：手足がしびれる	23：食後にみぞおちが痛むことがある
1：いらいらする、不安を感じる	13：手足がむくむ	24：下腹部が張ったり痛みを感じる
2：眠れない	14：息切れがする	25：便秘する
3：頭が痛い、重い	15：動悸や脈の乱れがある	26：下痢する
4：身体が疲れやすい、だるい	16：胸の痛み、違和感、締め付けられる様な感じがする	27：便に血が混じる
5：のどが渇く		28：尿の出が悪くなった
6：やせてきた	17：咳や痰がでる	29：尿の回数が多い
7：太ってきた	18：吐き気がある	30：排尿時に違和感がある
8：目が疲れたり、かすんだりする	19：食欲がない	31：背中や肩が張る
9：めまいや立ちくらみがする	20：胸やけ、胃もたれがある	32：腰痛がある
10：耳が聞こえにくい	21：食物が飲み込みにくい	33：関節痛がある
11：耳鳴がする	22：空腹時にみぞおちが痛むことがある	34：皮膚にできものが出やすい

4. 女性の方への質問

次の質問について、女性の方のみ該当する項目に ☑、もしくは記入してください。

No	質問項目	回答（☑チェック もしくは 記入）
1	最終月経はいつですか	月　日 から　日間
2	現在、妊娠中または妊娠している可能性がありますか	□ 1：はい　□ 2：いいえ
3	現在、生理中ですか	□ 1：はい　□ 2：いいえ
4	閉経していますか	□ 1：はい　□ 2：いいえ

健診における個人情報の取り扱いについて

当院では、健康診断の結果等の個人情報の取り扱いについて、以下の通り管理の下で行っております。

個人情報の利用目的
所得した個人情報は、以下の利用目的の範囲内で利用いたします。
・健康状況把握のための問診・診察・検査の実施
・健診結果の報告(企業から委託を受けて行う場合の企業への結果の報告)
・料金の請求
・画像診断や心電図等の判定のための外部医師の意見聴取、他の医療機関からの照合に対する対応
・診断に関する協議
・医療の質向上のための精度管理、医学教育、研究
・健診機能評価機構等の外部監査機関への提供
・行政、監査、医療訴訟等の場合の提供
・健診業務、情報処理および検体検査等の外部への業務委託
・次回健診案内、患者満足度向上のためのアンケート調査

上記内容確認のうえ、同意します。

年　　月　　日

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿