

特定健診問診票

□内に/チェックをして下さい。

氏名

<自覚症状>現在、気になる症状があれば記入して下さい

<input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 肩こり	<input type="checkbox"/> めまい	<input type="checkbox"/> 手足のしびれ	<input type="checkbox"/> 不眠
<input type="checkbox"/> 食欲がない	<input type="checkbox"/> 動悸・息切れ	<input type="checkbox"/> 脈の乱れ	<input type="checkbox"/> 胸のしめつけ	<input type="checkbox"/> 手足がむくむ	<input type="checkbox"/> 便秘
<input type="checkbox"/> のどが渇く	<input type="checkbox"/> 腰痛	<input type="checkbox"/> 膝痛	<input type="checkbox"/> その他 (		

<現病歴>現在、以下の病気で薬を使用されていますか (全てにお答えください)

1. 血圧を下げる薬 (高血圧の薬)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2. 血糖を下げる薬又はインスリン注射 (糖尿病)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3. コレステロールや中性脂肪を下げる薬 (脂質異常)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

<既往歴>医師から、以下の病気と言われたり、治療を受けたことがありますか (全てにお答えください)

4. 脳卒中 (脳出血、脳梗塞など)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5. 心臓病 (狭心症、心筋梗塞など)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6. 慢性腎臓病や腎不全、人工透析	<input type="checkbox"/> 慢性腎臓病や腎不全	<input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> いいえ
7. 貧血	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
8. 現在、たばこを習慣的に吸っていますか (現在までに合計100本以上、又は6か月以上吸っていて、最近1か月間も吸っている)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

9. 20歳の時の体重から10kg以上増加していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
10. 1回30分以上の軽く汗をかく運動を、週2回以上、 1年以上実施しますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
11. 歩行または同等の身体活動を1日1時間以上しますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
12. ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度は速いですか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 何でもかんで食べる ことができる	<input type="checkbox"/> ほとんどかめない
	<input type="checkbox"/> 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	
14. 人と比較して食べる速度は速いですか	<input type="checkbox"/> 速い	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 遅い
15. 寝る前2時間以内に夕食をとることが、 週3回以上ありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない
17. 朝食を抜くことが週3回以上ありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
18. お酒 (日本酒、焼酎、ビール、洋酒等) を 飲む頻度はどうですか	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 飲まない
19. 問18で「毎日」「時々」と答えられた方、1日あたりの飲酒量はどのくらいですか (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1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml))	<input type="checkbox"/> 1合未満	<input type="checkbox"/> 1~2合未満
	<input type="checkbox"/> 2~3合未満	<input type="checkbox"/> 3合以上
20. 睡眠で休養が十分とれていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ