

すこやか健診問診票

□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

<問診>

1. あなたの現在の健康状態はいかがですか	<input type="checkbox"/> よい	<input type="checkbox"/> まあよい	<input type="checkbox"/> ふつう
	<input type="checkbox"/> あまりよくない	<input type="checkbox"/> よくない	
2. 毎日の生活に満足していますか	<input type="checkbox"/> 満足	<input type="checkbox"/> やや満足	
	<input type="checkbox"/> やや不満	<input type="checkbox"/> 不満	
3. 1日3食きちんと食べていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
4. 半年前に比べて固いもの(※)が食べにくくなりましたか ※さきいか、たくあんなど	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
5. お茶や汁物等でむせることがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
6. 6か月間で2〜3kg以上の体重減少がありましたか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
7. 以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
8. この1年間に転んだことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
9. ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
10. 周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると 言われていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
11. 今日が何月何日かわからないときがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
12. あなたはたばこを吸いますか	<input type="checkbox"/> 吸っている	<input type="checkbox"/> 吸っていない	<input type="checkbox"/> やめた
13. 週に1回以上は外出していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
14. ふだんから家族や友人と付き合いがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
15. 体調が悪いときに、身近に相談できる人はいますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	