

見本

健康診断 質問票

健診日

2019 年 5 月 1 日

フリガナ		性別	大・昭・平	年齢
氏名		年	月	日
受診者コード	住所	0	電話	:

1. 健診前の食事や間食からの経過時間 10時間以上 10～3時間半 3時間半未満

2. 今までにかかった病気について、○を付けて、詳細を記入して下さい

病名・発症年齢	<input type="checkbox"/> 特になし	治療状況	前回受診時に伺った病気
高血圧	歳	治癒 受診中 中断(
糖尿病	歳	治癒 受診中 中断(
脂質異常症	歳	治癒 受診中 中断(
脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	歳	治癒 受診中 中断(
心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	歳	治癒 受診中 中断(
その他の心疾患	歳	治癒 受診中 中断(
腎臓病	歳	治癒 受診中 中断(
貧血	歳	治癒 受診中 中断(
肝臓病	歳	治癒 受診中 中断(
高尿酸血症(痛風)	歳	治癒 受診中 中断(
がん	歳	治癒 受診中 中断(
胃・十二指腸潰瘍	歳	治癒 受診中 中断(
上記以外の消化器疾患	歳	治癒 受診中 中断(
ぜんそく	歳	治癒 受診中 中断(
上記以外の呼吸器疾患	歳	治癒 受診中 中断(
皮膚疾患	歳	治癒 受診中 中断(
緑内障・白内障	歳	治癒 受診中 中断(
上記以外の眼科疾患	歳	治癒 受診中 中断(
甲状腺疾患	歳	治癒 受診中 中断(
前立腺肥大症	歳	治癒 受診中 中断(
子宮筋腫・卵巣嚢腫など	歳	治癒 受診中 中断(
その他	歳	治癒 受診中 中断(

3. 手術をしたことがありますか なし あり 部位 ()4. 輸血をしたことがありますか なし あり

5. 血縁者(祖父母、両親、兄弟姉妹など)で、病気の人や病気だった人はいますか

	特になし	高血圧	糖尿病	高脂血症	心臓病	脳卒中	がん	備考欄
父母	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()
祖父母	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()
兄弟姉妹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()

6. 過去に受けた検査で具合が悪くなったこと、検査で注意する事がありますか 特になし

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 採血で気分が悪くなった | <input type="checkbox"/> ペースメーカーを使用してる |
| <input type="checkbox"/> 胃バリウム検査で気分が悪くなった | <input type="checkbox"/> 麻酔で気分が悪くなった |
| <input type="checkbox"/> 胃バリウム検査のあとでお腹の調子が悪くなった | <input type="checkbox"/> アルコール綿にアレルギーがある |
| <input type="checkbox"/> 胃カメラ検査で気分が悪くなった | <input type="checkbox"/> その他() |

7. 現在、自覚症状として有るものに、チェックを付けて下さい

<input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> 胸の圧迫感	<input type="checkbox"/> 肩こり	<input type="checkbox"/> 身体がだるい
<input type="checkbox"/> 胃痛・胸やけ	<input type="checkbox"/> 動悸	<input type="checkbox"/> 腰痛	<input type="checkbox"/> お腹の張り
<input type="checkbox"/> 顔や足のむくみ	<input type="checkbox"/> 息切れ	<input type="checkbox"/> 手足のしびれ	<input type="checkbox"/> 下痢
<input type="checkbox"/> 不眠	<input type="checkbox"/> 咳やタンが出る	<input type="checkbox"/> めまい・立ちくらみ	<input type="checkbox"/> 便秘
<input type="checkbox"/> 頭痛・頭重感	<input type="checkbox"/> その他、気になる症状があれば、下記にご記入ください		

()

8. 日常生活について、当てはまる項目にチェックを付けて下さい

① 現在、タバコ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と条件2を両方満たす者)
 条件1:最近1ヵ月間吸っている 条件2:生涯で6ヵ月以上吸っている、又は合計100本以上吸っている

はい (条件1と条件2を満たす) 以前は吸ってたが最近では吸っていない (条件2のみ) いいえ (それ以外)

② 20歳の時の体重から10キロ以上増加している はい いいえ

③ 1回30分以上の軽く汗をかく運動を、週2回以上、1年以上実施している はい いいえ

④ 日常生活で歩行や同等の身体活動を、1日1時間以上実施してる はい いいえ

⑤ ほぼ同じ年齢の同性と比較して、歩く速度が速い はい いいえ

⑥ 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
 何でもかんで食べられる 歯や歯ぐき、かみ合わせなど気になる部分があり、かみにくい事がある
 ほとんどかめない

⑦ 人と比較して、食べる速度が速い 速い 普通 遅い

⑧ 就寝前の2時間以内に、夕食をとることが週に3回以上ある はい いいえ

⑨ 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 毎日 時々 ほとんど摂らない

⑩ 朝食を抜くことが、週に3回以上ある はい いいえ

⑪ お酒(日本酒・焼酎・ビール・洋酒など)を飲む頻度は 毎日 週5~6日 週3~4日
 (やめたとは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒があった者のうち、最近1年以上飲酒していない者) 週1~2日 月に1~3日 月に1日未満
 やめた 飲まない(飲めない)

⑫ 飲酒日の1日当たりの飲酒量は 1合未満 1~2合未満 2~3合未満
 日本酒1合(15度・180ml)の目安 : ビール(5度・500ml)、 3~5合未満 5合以上
 焼酎(25度・約110ml)、ワイン(14度・約180ml)、ウイスキー(43度・60ml)、缶酎ハイ(5度・約500ml、7度・約350ml)

⑬ 睡眠で休養が得られている はい いいえ

⑭ 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。
 改善するつもりはない 必要がない すでに改善に取り組んでいる(6ヵ月未満)
 改善するつもりである(6ヵ月以内に) すでに改善に取り組んでいる(6ヵ月以上)
 近いうちに改善するつもりがあり(1ヵ月以内)、少しずつ始めている

⑮ 生活習慣改善について、これまで特定保健指導を受けた事がありますか はい いいえ

9. 女性のみお答えください (レントゲン検査や尿検査のため、確認いたします)

妊娠中または妊娠の可能性がある 生理中である 閉経している 該当するものが無い

新型コロナウイルス 感染拡大防止のご協力について

氏名: 健診日体温: 月 日 °C

健診予約日に、下記の1) 2) 3) の質問で、**あるに○が付いた場合**
必ず、**事前に健診直通電話に連絡をお願い致します**

011-784-1116 (平日: 9時~12時、13時30分~16時30分)

健診を中止して、日程の延期をお願いする場合があります

1) 9日以内に、本人や家族が37.5°C以上の発熱や 普段より熱っぽい感じがある (コロナワクチン接種の副反応も含みます)	あ る	な い
2) 9日以内に本人や家族に、風邪のような下記の症状がある ○を付けて下さい 咳 タン 息切れ 鼻水 鼻づまり のどの痛み 息苦しさ 倦怠感 頭痛 関節痛 筋肉痛 食欲不振 嘔吐 腹痛 下痢 味覚・嗅覚異常(味がしない・ニオイがしない) ※持病(慢性的な喘息・花粉症・アレルギー症状)がある方も 9日以内に症状が出始めた場合は、連絡をお願いします	あ る	な い
3) 7日以内に、新型コロナウイルス感染者・疑いのある方と 接触がある (同居者・職場内での接触を含む)	あ る	な い

感染拡大防止のため、健診の際は、以下のご協力をお願い致します

1. 病院には**不織布マスク**で、来てください(布・ウレタンマスクは不可)
2. 健診受付は**予約時間厳守**で、お願い致します
(3密を避けるため、30分ごとに予約人数をコントロールしてます)

お問い合わせ先: 東苗穂病院 健康推進室
健診直通電話 011-784-1116
病院代表電話 011-784-1121