

# 健康診断問診票 大石クリニック (記入日 年 月 日)

フリガナ		生年月日	大正・昭和・平成・令和	
氏名	(男女)		年	月
電話番号	自宅	身長	cm	
	携帯	体重	Kg	
フリガナ				
住所	〒 _____ - _____			

## 問診

業務歴 (※)				
(※) 過去の業務に対する医師の健康評価に使用します。健康への悪影響が生じる可能性のある職場環境や仕事（解体業（粉塵）、原子炉（放射線）、塗装工（有機溶剤）など）があれば医師の判断で診断書に記載いたしますので、過去の業務歴をご記載下さい。				
既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )			
自覚症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )			
服薬歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )			
喫煙歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( _____ 本/日 × _____ 年、 _____ 歳 ~ _____ 歳)			
本日採血までの絶食時間	<input type="checkbox"/> 1、空腹時（食後 10 時間以上） <input type="checkbox"/> 2、随時（食後 3.5～10 時間未満） <input type="checkbox"/> 3、食後 3.5 時間未満			

## 標準的な質問票

(厚生労働省健康局 「標準的な健診・保健指導プログラム」より)

	質問項目	回答
1～3	現在、a から c の薬の使用の有無がある。	
1	a. 血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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）を受けていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがある。	<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、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	<input type="checkbox"/> ① はい（条件1と条件2を両方満たす） <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> ③ いいえ（①②以外）	
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	<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日以上、1年以上実施している。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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る。	<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が速い。	<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"/> なんでも噛んでたべることができる <input type="checkbox"/> 歯や歯ぐき、かみ合わせなど気になる部分があり、噛みにくいことがある <input type="checkbox"/> ほとんど噛めない	
14	人と比較して食べる速度が速い。	<input type="checkbox"/> 速い	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。	<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に3回以上ある。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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）	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週5～6日 <input type="checkbox"/> 週3～4日 <input type="checkbox"/> 週1～2日 <input type="checkbox"/> 月に1～3日 <input type="checkbox"/> 月に1日未満 <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 飲まない（飲めない）	
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 【日本酒1合（アルコール度数15度・180ml）の目安】 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）	<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"/> 3～5合未満 <input type="checkbox"/> 5合以上	
20	睡眠で休養が十分とれている。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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せんか。	<input type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 改善するつもりである（概ね6ヶ月以内） <input type="checkbox"/> 近いうちに（概ね1ヶ月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる（6ヶ月未満） <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる（6ヶ月以上）	
22	生活習慣の改善について、これまでに保健指導を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> は必須の項目となりますので、必ずご回答下さい。			