

フリガナ		生年月日	昭・平	年	月	日	記入年月日
氏名		年齢	歳	性別	男・女		令和 年 月 日

健康診断問診票

※裏面にも記入して下さい

質問項目		回答	
1	血圧を下げる薬を飲んでいる ・はい の場合、その薬剤名	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	インスリン注射または血糖を下げる薬を飲んでいる ・はい の場合	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	コレステロールを下げる薬を飲んでいる ・はい の場合、その薬剤名	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4	脳卒中（脳出血、脳梗塞など）の診断、治療を受けたことがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	心臓病（狭心症、心筋梗塞など）の診断、治療を受けたことがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6	慢性の腎不全の診断、治療（人工透析）を受けたことがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7	貧血といわれたことがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
8	既往歴・服薬歴 ・1～7以外の既往歴、服薬歴を記入してください	病名・薬剤名)	
9	ご家族の既往歴・治療歴（父母、兄弟姉妹、祖父母、叔父、伯母など） ・肉親の中で、以下の病気にかかったことがあれば記入してください （脳出血・脳梗塞・高血圧・心臓病・ガン・糖尿病・肝臓病・結核・アレルギー疾患 ・その他の大きな病気）	誰が・病名)	
10	現在の自覚症状 ・気になる症状を記入（記入例：めまい、息切れ、便秘、慢性疲労など）	症状)	
11	現在たばこを習慣的に吸っている ・はい の場合、1日の本数と喫煙年数	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
12	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
13	1回30分以上の汗をかく運動を、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
14	歩行また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
15	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
16	人と比較して食べる速度が速い	<input type="checkbox"/> 速い	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 遅い
17	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週3回以上ある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
18	夕食後に間食（3食以外の夜食）をとることが週3回以上ある	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない
19	朝食を抜くことが週3回以上ある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
20	お酒（清酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない	
	飲酒日の1日当たりの飲酒量 ※清酒1合（180ml）の目安→ビール中瓶1本（約500ml） ・焼酎35度（80ml）・ウイスキーダブル1杯（60ml） ・ワイン2杯（240ml）など	<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	
21	睡眠で休養が十分とれている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
22	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"/> 意思なし <input type="checkbox"/> 意思あり（6ヶ月以内） <input type="checkbox"/> 意思あり（近いうち） <input type="checkbox"/> 取組済み（6ヶ月未満） <input type="checkbox"/> 取組済み（6ヶ月以上）	
23	生活習慣の改善について保健指導をうける機会があれば、利用しますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

住 所	〒
電話番号	
健康保険証について	
事業所名	
保険者番号	
記号・番号・枝番	/ /
取得年月日	
本人／家族	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族