

特定健診 質問票

健保名		保険証 記号-番号		受信者 区分	本人 · 配偶者 · 家族		
フリガナ		生年月日	T S H	年 月 日 【年齢】 歳	【性別】 男 · 女		
氏名							
住所	〒		TEL				
食後10時間以上経過していますか		①はい	②いいえ(食後)	時間)			
質問項目 回答							
*1~3	現在、aからcの薬の使用の有無 (※医師の診断・治療のもとで服薬中のものを指す)						
1	a. 血圧を下げる薬	①はい	②いいえ				
2	b. 血糖を下げる薬 又はインスリン注射	①はい	②いいえ				
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	①はい	②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。	①はい	②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。	①はい	②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(人工透析など)を受けていますか。	①はい	②いいえ				
7	医師から、貧血といわれたことがある。	①はい	②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か月間吸っている 条件2: 生涯で6か月以上吸っている 又は 合計100本以上吸っている	①はい (条件1と条件2を両方満たす) ②以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない (条件2のみ満たす) 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。	①はい	②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。	①はい	②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。	①はい	②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。	①はい	②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。	①何でもかんで食べることができる ②歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくことがある ③ほとんどかめない					
14	人と比較して食べる速度が速い。	①速い ②ふつう ③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。	①はい	②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。	①毎日 ②時々 ③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。	①はい	②いいえ				
18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどれくらいですか。 (※「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)	①毎日 ②週5~6日 ③週3~4日 ④週1~2日 ⑤月に1~3日 ⑥月に1日未満 ⑦やめた ⑧飲まない(飲めない)					
19	飲酒日の1日あたりの飲酒量 (質問18で⑦または⑧と答えた方は回答不要) 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) ウィスキー(同43度・60ml)、缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml)	①1合未満 ②1~2合未満 ③2~3合未満 ④3~5合未満 ⑤5合以上					
20	睡眠で休養が十分とれている。	①はい	②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すか。	①改善するつもりはない ②改善するつもりである(概ね6ヶ月以内) ③近いうちに(概ね1ヶ月以内) 改善するつもりであり、少しづつ始めている ④既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) ⑤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、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	①はい	②いいえ				

女性 記入欄	生理中ですか。	①はい ②いいえ
	妊娠中ですか。(妊娠の可能性がある方は①とご回答下さい)	①はい ②いいえ

※裏面もご記入願います

特定健診 質問票

氏名

既往歴および自覚症状についてご回答ください。

◆既往歴について伺います。

これまでに治療した病気がある場合は『1.特記事項あり』に○をつけ、具体的な既往歴の中から該当する番号に○をつけて下さい。

既往歴 (1. 特記事項あり 2. 特記事項なし)

具体的な既往歴

1. 脳卒中	9. その他の心疾患	17. 高尿酸血症
2. 脳出血（脳卒中）	10. 慢性腎不全	18. 腎不全以外の腎疾患
3. 脳梗塞（脳卒中）	11. 人工透析	19. 糖尿病
4. その他の脳血管疾患	12. 貧血	20. 肝臓病
5. 狹心症	13. 高血圧	21. 胃・十二指腸潰瘍
6. 心筋梗塞	14. 低血圧	22. うつ
7. 心不全	15. 不整脈	23. 骨粗鬆症
8. 虚血性心疾患	16. 高脂血症	24. その他【]

◆自覚症状について伺います。

自覚症状がある場合は『1.特記あり』に○をつけ、所見の中から該当する症状の番号に○をつけて下さい。

自覚症状 (1. 特記事項あり 2. 特記事項なし)

(所見)

1. 胸の圧迫感	6. 肩こり・腰痛	11. 下痢
2. 心臓の鼓動が激しい	7. 手足のしびれ感	12. 便秘
3. 動悸がする	8. めまい・立ちくらみ	13. 下痢と便秘の両方
4. 息切れがする	9. いつも調子が悪い	14. 痔の傾向がある
5. 不眠	10. おなかが張っている	15. その他【]

◇当院にて記入

他覚症状 (1. 特記事項あり 2. 特記事項なし)

(所見)

1. 顔貌 - 蒼白	8. 頸部 - リンパ節腫	15. 爪 - 爪異常	22. 心音 - 雜音
2. 顔貌 - 顔色不良	9. 頸部 - 静脈怒張	16. 脈 - 頻脈	23. 呼吸音 - 乾ラ音
3. 顔貌 - 顔色紅色	10. 浮腫 - 顔面（眼瞼）	17. 脈 - 徐脈	24. 呼吸音 - 濡ラ音
4. 下眼瞼 - 充血	11. 浮腫 - 四肢	18. 脈 - 結代	25. 呼吸音 - 喘鳴
5. 下眼瞼 - 出血	12. 皮膚 - 皮膚炎	19. 脈 - リズム不整	26. 運動器 - 関節異常
6. 下眼瞼 - 黄疸	13. 皮膚 - 黄疸	20. 心音 - 第一音不整	27. 運動器 - 運動異常
7. 下眼瞼 - 貧血	14. 皮膚 - 発赤	21. 心音 - 第二音不整	28. その他【]