

問 診 表 (検 診 用)

この問診表は、あなたの健康づくりに役立てること、効果的な健康づくり対策に役立てることを目的としております。秘密は厳守されますので、率直にお答えください。(※該当するものにチェックをつけて下さい。)

氏名	(フリガナ)	様		(生年月日)	(健診予定年月日)
		(性別)	(年齢)	歳	
事業所名	住所		(TEL)		

既往歴 (今までにかかった病気について)	(治療中) (治癒) (観察中) (手術后) (放置) (発症年齢)					
						()才頃
高血圧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()才頃
狭心症・心筋梗塞	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()才頃
心臓弁膜症 など その他の心臓疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()才頃
糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()才頃
高脂血症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()才頃
胃潰瘍・十二指腸潰瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()才頃
慢性胃炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()才頃
肝臓疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()才頃
胆石症、胆嚢炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()才頃
リウマチ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()才頃
貧血症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()才頃
喘息	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()才頃
肺炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()才頃
肺結核、肋膜炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()才頃
腎臓病、腎盂炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()才頃
手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()才頃
輸血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()才頃
眼科(白内障・緑内障、レーザー治療など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()才頃
その他 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()才頃

家族歴	(実父) (実母) (祖父母) (兄弟) (発症年齢)				
					()才頃
高血圧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()才頃
糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()才頃
高脂血症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()才頃
脳卒中	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()才頃
心臓病(病名:)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()才頃
がん(病名:)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()才頃
結核	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()才頃
喘息	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()才頃
腎臓病(病名:)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()才頃

家族構成	
①	1 既婚 <input type="checkbox"/>
	2 独身 <input type="checkbox"/>
②	1 同居 <input type="checkbox"/>
	2 単身 <input type="checkbox"/>
掛かり付けの病院は? ()	

嗜好品について	[タ バ コ]	[ア ル コ ー ル]
	1 吸う 2 吸わない 3 やめた 約()年前	1 飲む 2 飲まない(飲めない) 3 やめた 約()年前
↓ 1とお答え頂いた方のみ ↓ 1日の本数 約()本 喫煙年数 約()年	↓ 1とお答え頂いた方のみ ↓ 1日平均 酒 ()合 ビール (350ml) ()本 焼酎 ()合 ウイスキー (グラス) ()杯 ワイン (グラス) ()杯	

普段の運動習慣について
運動をしていますか? 1 している 週()日程度 2 していない
↓ 1とお答え頂いた方のみ ↓ どのような運動をしていますか? ()

職業	① 職業	② 作業程度
	1 専門・技術的職業 <input type="checkbox"/>	5 サービス業 <input type="checkbox"/>
2 管理的職業 <input type="checkbox"/>	6 保安職業 <input type="checkbox"/>	10 主婦 <input type="checkbox"/>
3 事務 <input type="checkbox"/>	7 農林水産業 <input type="checkbox"/>	11 その他() <input type="checkbox"/>
4 販売 <input type="checkbox"/>	8 運輸・通信 <input type="checkbox"/>	12 無職 <input type="checkbox"/>
		1 重労働 <input type="checkbox"/>
		2 中程度 <input type="checkbox"/>
		3 軽作業 <input type="checkbox"/>

※ 身体のことでも気になることがあれば書いて下さい。(どんな事でも構いません。)

神経内科系	1 時々強い頭痛がある <input type="checkbox"/>	眼科系	1 緑内障と言われたことあり <input type="checkbox"/>
	2 時々めまいがする <input type="checkbox"/>		2 高血圧あり <input type="checkbox"/>
耳鼻咽喉科系	3 手指がふるえる <input type="checkbox"/>	耳	3 糖尿病あり <input type="checkbox"/>
	4 しゃべるのが不自由 <input type="checkbox"/>		4 最近、耳が遠い <input type="checkbox"/>
呼吸器系	5 歩くのが不自由 <input type="checkbox"/>	鼻	5 のどが痛む <input type="checkbox"/>
	6 物忘れが多い <input type="checkbox"/>		6 その他 () <input type="checkbox"/>
循環器系	7 その他 () <input type="checkbox"/>	皮膚科系	1 最近、耳が遠い <input type="checkbox"/>
	1 咳が出やすい <input type="checkbox"/>		2 耳鳴りがする <input type="checkbox"/>
消化器系	2 痰が出やすい <input type="checkbox"/>	喉	3 鼻づまりする <input type="checkbox"/>
	3 息切れがする <input type="checkbox"/>		4 最近声がかすれる <input type="checkbox"/>
泌尿器系	4 血痰が出る <input type="checkbox"/>	その他	5 のどが痛む <input type="checkbox"/>
	5 胸や背中が痛む <input type="checkbox"/>		6 その他 () <input type="checkbox"/>
女性のみ	6 ぜいぜいする <input type="checkbox"/>	皮膚科系	1 皮膚が弱く敏感 <input type="checkbox"/>
	7 その他 () <input type="checkbox"/>		2 日焼けしやすい <input type="checkbox"/>
その他	1 時々胸が苦しくなる <input type="checkbox"/>	整形科系	3 おできがでやすい <input type="checkbox"/>
	2 時々動悸がする <input type="checkbox"/>		4 薬(内服・注射・軟膏・湿布薬)に過敏がある <input type="checkbox"/>
その他	3 時々不整脈感がある <input type="checkbox"/>	その他	5 その他 () <input type="checkbox"/>
	4 その他 () <input type="checkbox"/>		1 関節痛に悩んでいる(部位:) <input type="checkbox"/>
その他	1 食欲がない <input type="checkbox"/>	その他	2 腰痛に悩んでいる <input type="checkbox"/>
	2 時々腹痛がある <input type="checkbox"/>		1 最近体重が減った <input type="checkbox"/>
その他	3 胸焼けがする <input type="checkbox"/>	その他	2 最近疲れやすい <input type="checkbox"/>
	4 食べ物がつかえる <input type="checkbox"/>		3 傷が治りにくい <input type="checkbox"/>
その他	5 下痢をしやすい <input type="checkbox"/>	その他	4 のどが渇き水分を多く取る <input type="checkbox"/>
	6 最近便秘がち <input type="checkbox"/>		5 少しぶつかっても出血斑が出やすい <input type="checkbox"/>
その他	7 便に血が混じる <input type="checkbox"/>	その他	6 鼻血・菌ぐきから出血しやすい <input type="checkbox"/>
	8 吐き気がする <input type="checkbox"/>		1 生理不順あり <input type="checkbox"/>
その他	9 腹がはる <input type="checkbox"/>	女性のみ	2 生理中に下腹部痛・腰痛あり <input type="checkbox"/>
	10 その他 () <input type="checkbox"/>		3 不正出血・こしけに悩んでいる <input type="checkbox"/>
その他	1 夜間頻尿(夜2回以上)あり <input type="checkbox"/>	女性のみ	4 妊娠中に異常(高血圧・むくみ・蛋白尿) <input type="checkbox"/>
	2 残尿感があり <input type="checkbox"/>		5 乳房にしこりを感じる <input type="checkbox"/>
その他	3 尿が出にくい <input type="checkbox"/>	女性のみ	6 その他 () <input type="checkbox"/>
	4 排尿時痛あり <input type="checkbox"/>		7 検診当日は生理中か、生理後2日以内である <input type="checkbox"/>
その他	5 血尿が出たことあり <input type="checkbox"/>	女性のみ	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
	6 尿が漏れる <input type="checkbox"/>		8 妊娠中または、妊娠の可能性がある <input type="checkbox"/>
その他	7 その他 () <input type="checkbox"/>	女性のみ	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>

※過敏反応(今までにクスリ・注射・食品で過敏症状が出たことがあれば書いてください。)