

# 問診票

以下の内容について、ご記入下さい

個人用

かな						生年月日	S・H	年	月	日	個人ID		
氏名	様	性別	男性・女性	年齢	歳	企業名							
住所	〒										電話番号	-	-

いままでにかかった病気 具体的にご記入下さい	自覚症状 具体的にご記入下さい
---------------------------	--------------------

既往歴（いままでにかかった病気・現在治療中の病気）について

なし       あり       （『あり』の場合は下記該当事項にチェックしてください）

<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> 脳血管障害	<input type="checkbox"/> 皮膚病	<input type="checkbox"/> 泌尿器系の病気	<input type="checkbox"/> 婦人科的病気
<input type="checkbox"/> 高脂血症	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞	<input type="checkbox"/> 貧血症	<input type="checkbox"/> 肝臓病	<input type="checkbox"/> 呼吸器系の病気	
<input type="checkbox"/> 胆石	<input type="checkbox"/> 腎臓病	<input type="checkbox"/> 痛風		<input type="checkbox"/> 胃・十二指腸の病気	
<input type="checkbox"/> 膵臓病	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 花粉症		<input type="checkbox"/> 甲状腺の病気	

その他（病名： \_\_\_\_\_ )

ここから下の該当事項もチェック  でお答え下さい。

問診項目		
血圧を下げる薬	①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ <input type="checkbox"/>	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ことをしめす）
血糖を下げる薬またはインスリン注射	①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ <input type="checkbox"/>	
コレステロールや中性脂肪を下げる薬	①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ <input type="checkbox"/>	
医師から、脳卒中（脳出血・脳梗塞など）にかかっているとされたり、治療を受けたことがありますか。	①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ <input type="checkbox"/>	①毎日 <input type="checkbox"/> ②週5～6日 <input type="checkbox"/>
医師から、心臓病（狭心症・心筋梗塞など）にかかっているとされたり、治療を受けたことがありますか。	①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ <input type="checkbox"/>	③週3～4日 <input type="checkbox"/> ④週1～2日 <input type="checkbox"/>
医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているとされたり、治療（人工透析など）を受けていますか。	①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ <input type="checkbox"/>	⑤月1～3日 <input type="checkbox"/> ⑥月に1日未満 <input type="checkbox"/>
医師から、貧血と言われたことがありますか。	①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ <input type="checkbox"/>	⑦やめた <input type="checkbox"/> ⑧飲まない（飲めない） <input type="checkbox"/>
現在たばこを習慣的に吸っていますか。 ※習慣的に吸っているとは、以下2点を満たすことです 1. 最近1カ月間吸っている 2. 生涯で6ヶ月以上、又は合計100本以上吸っている	①はい <input type="checkbox"/> ②条件2のみ該当する <input type="checkbox"/> ③いいえ <input type="checkbox"/>	飲酒日の1日あたりの飲酒量 目安： ・日本酒1合（アルコール度数15度・180ml） ・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）
20歳のときの体重から10Kg以上増加している	①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ <input type="checkbox"/>	①1合未満 <input type="checkbox"/> ②1～2合未満 <input type="checkbox"/>
1回30分以上の軽い汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している。	①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ <input type="checkbox"/>	③2～3合未満 <input type="checkbox"/> ④3～5合未満 <input type="checkbox"/>
日常生活において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。	①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ <input type="checkbox"/>	⑤5合以上 <input type="checkbox"/>
ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ <input type="checkbox"/>	睡眠で休養が十分とれている。 ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ <input type="checkbox"/>
食事をかんで食べるときの状態はどれにあてはまりますか	①なんでも噛める <input type="checkbox"/> ②噛みにくいことがある <input type="checkbox"/> ③ほとんどかめない <input type="checkbox"/>	運動や食生活などの生活習慣を改善してみようと思いませんか？ ① 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> ② 改善するつもりである（概ね6ヶ月以内） <input type="checkbox"/> ③ 近いうちに（概ね1ヶ月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている。 <input type="checkbox"/> ④ 既に改善に取り組んでいる（6ヶ月未満） <input type="checkbox"/> ⑤ 既に改善に取り組んでいる（6ヶ月以上） <input type="checkbox"/>
人と比較して食べる速度が速い。	①速い <input type="checkbox"/> ②普通 <input type="checkbox"/> ③遅い <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> ②いいえ <input type="checkbox"/>
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。	①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ <input type="checkbox"/>	
朝昼夕方の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 <input type="checkbox"/> ②時々 <input type="checkbox"/> ③ほとんど摂取しない <input type="checkbox"/>	
朝食を抜くことが週に3回以上ある。	①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ <input type="checkbox"/>	