

# 健康診断問診表

ID		健診日		コース名	
フリガナ		生年月日		事業所名	
氏名	様	性別		年齢	
所属		職種			
保険者番号		保険記号		番号	

● 該当するものに記入、又はし点・○をつけてください。

業務歴	◆これまでに、以下の業務や取り扱いの経験がありますか。該当する項目の□にし点をつけてください。		
	<input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> 重量物の取扱いの経験	<input type="checkbox"/> 粉塵の取扱いのある業務
	<input type="checkbox"/> 激しい振動を伴う業務経験	<input type="checkbox"/> 有害物質の取扱いのある業務	<input type="checkbox"/> 放射線の取扱いのある業務

服薬歴・既往歴	◆現在治療中の疾患、または治療歴のある疾患について伺います。当てはまる項目の□にし点をつけてください。 □以下に該当する項目はありません
	<ul style="list-style-type: none"> <li>高血圧 <input type="checkbox"/>薬を使用 <input type="checkbox"/>診察や検査など定期受診中 <input type="checkbox"/>自己にて治療中断 <input type="checkbox"/>何もせず放置 <input type="checkbox"/>治癒 <input type="checkbox"/>その他</li> <li>高脂血症・脂質異常 <input type="checkbox"/>薬を使用 <input type="checkbox"/>診察や検査など定期受診中 <input type="checkbox"/>自己にて治療中断 <input type="checkbox"/>何もせず放置 <input type="checkbox"/>治癒 <input type="checkbox"/>その他</li> <li>糖尿病 <input type="checkbox"/>薬を使用 <input type="checkbox"/>診察や検査など定期受診中 <input type="checkbox"/>自己にて治療中断 <input type="checkbox"/>何もせず放置 <input type="checkbox"/>治癒 <input type="checkbox"/>その他</li> <li>脳出血・脳梗塞 <input type="checkbox"/>薬を使用 <input type="checkbox"/>診察や検査など定期受診中 <input type="checkbox"/>自己にて治療中断 <input type="checkbox"/>何もせず放置 <input type="checkbox"/>治癒 <input type="checkbox"/>その他</li> <li>心疾患 <input type="checkbox"/>薬を使用 <input type="checkbox"/>診察や検査など定期受診中 <input type="checkbox"/>自己にて治療中断 <input type="checkbox"/>何もせず放置 <input type="checkbox"/>治癒 <input type="checkbox"/>その他</li> <li>腎障害 <input type="checkbox"/>薬を使用 <input type="checkbox"/>診察や検査など定期受診中 <input type="checkbox"/>自己にて治療中断 <input type="checkbox"/>何もせず放置 <input type="checkbox"/>治癒 <input type="checkbox"/>その他</li> <li>肝臓疾患 <input type="checkbox"/>薬を使用 <input type="checkbox"/>診察や検査など定期受診中 <input type="checkbox"/>自己にて治療中断 <input type="checkbox"/>何もせず放置 <input type="checkbox"/>治癒 <input type="checkbox"/>その他</li> <li>貧血 <input type="checkbox"/>薬を使用 <input type="checkbox"/>診察や検査など定期受診中 <input type="checkbox"/>自己にて治療中断 <input type="checkbox"/>何もせず放置 <input type="checkbox"/>治癒 <input type="checkbox"/>その他</li> <li>高尿酸血症・痛風 <input type="checkbox"/>薬を使用 <input type="checkbox"/>診察や検査など定期受診中 <input type="checkbox"/>自己にて治療中断 <input type="checkbox"/>何もせず放置 <input type="checkbox"/>治癒 <input type="checkbox"/>その他</li> </ul>
	◆上記疾患で、その他に□した方は内容を記入してください。その他以外でも、補足事項がある場合は下記へ記入してください。 【例：貧血(症状があれば受診)、脂質異常(職場の健診で様子をみている)、高血圧(現在、医師の指示で薬を中断している)】
	◆上記の疾患以外(ケガ等も含む)に、治療中の疾患や治療歴があれば、治療状況などと併せて記入してください。
	◆以下は、前回健診時の服薬歴・既往歴の内容です。 問診記入の参考にしてください。

自覚症状	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 体重変動 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 手のしびれ <input type="checkbox"/> 足のしびれ <input type="checkbox"/> 視力低下 <input type="checkbox"/> 目のかすみ <input type="checkbox"/> その他 ( )
家族歴	◆血縁(父母)の方で、心筋梗塞・狭心症の方はいますか。(いる方は以下も記入してください。) <input type="checkbox"/> いない ・ <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> 父(狭心症：発症 才)(心筋梗塞：発症 才) <input type="checkbox"/> 母(狭心症：発症 才)(心筋梗塞：発症 才)
女性項目	◆女性の方に伺います。該当する場合は、□にし点をつけてください。 <input type="checkbox"/> 妊娠中や妊娠の可能性ある <input type="checkbox"/> 検尿時、生理期間中(生理前後2、3日も含む)である

改定日 R2.4.1

改定日 R6.4.1

事業所名		ID		氏名	
------	--	----	--	----	--

服薬歴	◆現在、次の薬を内服したり、使用したりしていますか。該当する□にし点をつけてください。 a. 血圧を下げる薬 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
病歴	◆次の疾患について、該当する□にし点をつけてください。 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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 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)を受けた <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 医師から貧血と言われたことがある <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
喫煙歴	◆現在、たばこを習慣的に吸っていますか。(習慣的とは、条件aと条件bを両方満たす者) 条件a: 最近1カ月吸っている <input type="checkbox"/> はい(条件aとb両方満たす) <input type="checkbox"/> いいえ(条件a、b以外) 条件b: 生涯で6カ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"/> 以前吸っていたが、最近1カ月間は吸っていない(条件bのみ満たす)
変体重	◆20歳の時の体重から10kg以上増加している。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
運動	◆1回30分以上の軽く汗をかく(少し息の切れる)運動を、週2日以上、1年以上実施していますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ◆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ますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ◆ほぼ同じ年齢の同姓と比較して歩く速度が速いですか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
食生活・食習慣	◆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"/> 何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある <input type="checkbox"/> ほとんどかめない ◆人と比較して食べる速度が速いですか。 <input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 遅い ◆就寝前の2時間以内に夕食をとることが、週に3回以上ありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ◆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"/> ほとんど摂らない ◆朝食を抜くことが、週に3回以上ありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
飲酒	◆お酒(日本酒・焼酎・ビール・洋酒など)は、どの位の頻度で飲みますか。 ※「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1~3日 <input type="checkbox"/> 月1日未満 <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 飲まない(飲めない) ◆飲酒日の1日あたりの飲酒量はどの位ですか。 <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 ※日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安 ビール(5度・500ml) 焼酎(25度・110ml) ワイン(14度・240ml) ウイスキーダブル(43度・60ml) 缶チューハイ(5度・500ml、7度・350ml)
休養	◆睡眠で休養が十分とれていますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
保健指導	◆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。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ◆何か健康について相談したいことがありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい