

健康に関する問診票

個人番号 (わかれば記入してください)	所属	氏名	性別	年齢	受診日	※センター記入 1診・2診 3診・4診	※カルテ番号	
			男・女		年 月 日	呼び出し		
質問項目			回答	○を黒く塗りつぶしてください		質問項目		回答
			はい	いいえ			はい	いいえ

- | | |
|--|---|
| <p>1 現在、血圧を下げる薬を使用している。 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ</p> <p>2 現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用している。 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ</p> <p>3 現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用している。 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ</p> <p>4 医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）といわれたり、治療を受けたことがある。 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ</p> <p>5 医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）といわれたり、治療を受けたことがある。 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ</p> <p>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）を受けている。 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ</p> <p>7 医師から、貧血といわれたことがある。 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ</p> <p>8 20歳の時の体重から10 kg以上増加している。 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ</p> <p>9 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 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ</p> <p>10 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 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ</p> <p>11 ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ</p> <p>12 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。 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ</p> <p>13 朝食を抜くことが週に3回以上ある。 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ</p> <p>14 睡眠で休養が十分とれている。 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ</p> <p>15 食事を噛んで食べるときの状態は <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> なんでも噛んで食べられる</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> 噛みにくいことがある</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> ほとんど噛めない</p> <p>17 夕食後の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取している。 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> 毎日</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> 時々</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> ほとんど摂取しない</p> <p>19 飲酒日の1日当たりの飲酒量
日本酒1合(180 ml)の目安：
ビール500 ml、ウイスキーダブル(60 ml)
焼酎(25度)110 ml、ワイン2杯(240 ml)</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> 1合未満</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> 1～2合未満</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> 2～3合未満</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> 3合以上</p> | <p>16 人と比較して食べる速度が <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> 速い</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> ふつう</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> 遅い</p> <p>18 お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> 毎日</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> 時々</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> ほとんど飲まない(飲めない)</p> <p>20 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="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> 改善するつもりはない</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> 改善するつもりである(概ね6ヵ月以内)</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> 近いうちに(概ね1ヵ月以内)改善するつもりで、少しずつ始めている</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> 既に改善に取り組んでいる(6ヵ月未満)</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> 既に改善に取り組んでいる(6ヵ月以上)</p> |
|--|---|
-
- | | |
|--|---|
| <p>21 生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ</p> <p>22 現在、たばこを習慣的に吸っている。
(*「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヵ月以上吸っている者」であり、最近1ヵ月間も吸っている者) <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ</p> <p>23 (喫煙者の方のみ) 禁煙相談や禁煙外来を受けようと思いませんか。 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ</p> <p>24 坂道や階段の昇降時に息切れがする。 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ</p> <p>25 動悸や脈が気になったり前胸部に不快感やしめつけられる痛みを感じることもある。 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ</p> <p>26 胃の具合が悪かったり、痛むことがある。 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ</p> <p>27 便に血が混じったり、真っ黒い便が出ることもある。 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ</p> <p>28 尿が出始めるまでに時間がかかったり、出具合が悪い。 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ</p> <p>29 頭痛がたびたび起こる。 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ</p> <p>30 よく眠れない。(睡眠時間が短い・寝つきが悪い・早く覚醒する・熟睡感が無い) <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ</p> <p>31 仕事や人間関係で強いストレスがあると思う。 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ</p> <p>32 ゆううつな気分になることが多い。 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ</p> <p>33 心の健康や状態のことで医師やカウンセラーに相談してみたい。 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ</p> <p>34 耳鳴りがしたり、耳が聞こえにくい。 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ</p> <p>35 目が疲れやすい、見えにくいなど、目で困ることがある。 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ</p> <p>36 腰痛がある。 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ</p> <p>37 その他健康や身体のこと、相談したいことがある。
[はいとお答えの方は簡単に内容をお書きください。] <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ</p> <p>38 最後に食事をしてから4時間以上経過している。 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ</p> <p>39 現在治療中や経過観察中または放置となっている病気があれば記入してください。</p> | <p style="text-align: center;">病名 _____ 医療機関名 _____ (治療中・経過観察中・放置)</p> <p>医師記入欄 (放置可 要経過観察 要精密検査 要医療 要継続治療)</p>
<p style="text-align: center;">病名 _____ 医療機関名 _____ (治療中・経過観察中・放置)</p> <p>医師記入欄 (放置可 要経過観察 要精密検査 要医療 要継続治療)</p> <p>【女性のみ】</p> <p>40 婦人科的なことで相談したいことがある。 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ</p> <p style="margin-left: 20px;">(月経不順・月経痛・不正出血・おりもの・その他)</p> <p>41 乳房にしこりがある。 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ</p> |
|--|---|