

# 健診問診票

健診日：20 年 月 日

フリガナ		生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳) 男・女
氏名		住所	〒 電話( ) -
現病歴	無	有	現在治療中の病気と発症年を記入
既往歴	無	有	過去の病気と発症年を記入
業務歴	無	有	石綿や有機溶剤等・危険な業務に従事した場合とその年数 ( ) ( ) ( 年)
自覚症状	無	有	

▽以下の質問にお答え下さい(該当する欄にチェックして下さい)

No	質問項目	回答欄
1	現在、血圧を下げる薬を使用していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
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ますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
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ますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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(人工透析等)を受けていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	医師から貧血といわれたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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ヶ月間吸っている 条件2：生涯で6ヶ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"/> ①はい (条件1と条件2を両方満たす) <input type="checkbox"/> ②以前は吸っていたが、最近1ヶ月間は吸っていない (条件2のみ満たす) <input type="checkbox"/> ③いいえ (①②以外)
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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年以上実施していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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時間以上実施していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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 <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	
14	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"/> 普通 <input type="checkbox"/> 遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲物を摂取していますか	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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回 <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)
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 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)、リッ(同14度・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)	<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
20	睡眠で休養が十分とれていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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せんか <input type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 改善するつもりである(概ね6ヶ月以内) <input type="checkbox"/> 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"/> 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
23	食後何時間経っていますか。昨日夕食は( )時に終えた。 ※一口でも食事及び水以外を摂取した場合、正常値が出ないため 日程変更になります。ご了承ください。	<input type="checkbox"/> 10時間以上 <input type="checkbox"/> 3.5時間以上10時間未満 <input type="checkbox"/> 3.5時間未満

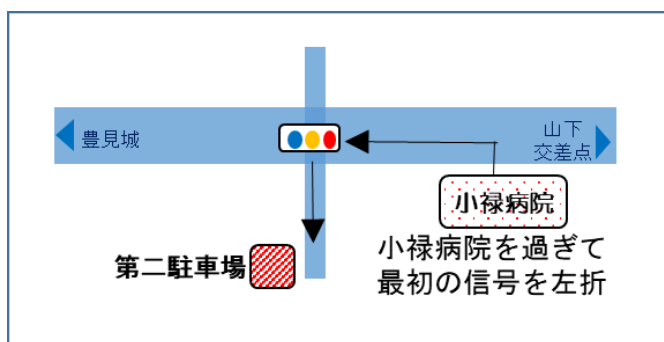
## 健康診断を利用される方へ受診時の注意事項

- ◇健診前日の夕食は、21 時までに済ませてください。
- ◇受診当日は、空腹で来院してください。お水は飲んでもかまいません。  
(お水以外の飲物・ガム・アメなどは取らないでください。)  
もし、飲食した場合は検査に影響がある為、受診日変更となります。
- ◇女性の方は生理日～生理終了後 3 日間は受診出来ません。
- ◇妊娠および妊娠疑いがある方は必ずお申し出ください。
- ◇問診票・健康保険証・お薬手帳（お薬服用中の方）をご持参ください。  
当日お忘れになった場合等は受付時にお申し出ください。
- ◇高血圧症・心臓病・喘息の治療薬については、症状安定のため起床後に必ず服用してください。血圧が上昇している場合（160/100 以上）は健診時を後日に延期させていただく場合がございます。
- ※受診当日の朝は糖尿病の薬は絶対に内服しないでください。

健診当日は、時間厳守です。来院時間をご確認ください

★午前 8 時 30 分までに 6 階窓口へお越し下さい★

- ◆車でお越しの方は、第二駐車場をご利用ください。



医療法人 禄寿会 **小禄病院**

那覇市字小禄 547 番地の 1

※お問合せ先：098-857-8713