

質 問 票

該当する箇所へ (斜線)を記入してください。

	質 問 項 目	回	答
★1-3	現在、aからcの薬を使用していますか。(医師の判断・治療のもとで服薬中のもの)		
1	a. 血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>
2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	<input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>
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ことがある、又は治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>
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ことがある、又は治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>
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ことがある、又は治療(人工透析など)を受けていますか。	<input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>
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"/>
★8	現在、たばこ(加熱式たばこや電子たばこを含む)を習慣的に吸っていますか。 ※合計100本以上、又は6か月以上吸っており、最近1か月間も吸っている	<input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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(ふつう) <input type="checkbox"/>
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。 (いずれか1つ選んでください。)	<input type="checkbox"/>	何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/>
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"/>
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"/>
16	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"/>
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"/>
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。	<input type="checkbox"/>	毎日 <input type="checkbox"/>
19	毎日、又は時々飲むかたは飲酒日の1日当たりの飲酒量はどのくらいですか。 日本酒1合(180ml)の目安:ビール500ml、焼酎(25度)110ml、 ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	<input type="checkbox"/>	1合未満 <input type="checkbox"/>
20	睡眠で休養がじゅうぶんとれていますか。	<input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>
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。 (いずれか1つ選んでください。)	<input type="checkbox"/>	改善するつもりはない <input type="checkbox"/>
22	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="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>

◎それぞれの質問について、あてはまるもの一つだけ選んで回答してください。(複数選択は不可)

自覚症状

23 次の症状はありますか? ※ある場合は3つまで選択可
 特になし 胸痛 息切れ 頭痛 せき・たん 動悸 不眠 めまい

女性の方にお聞きます。

24 現在、妊娠していますか。 はい 可能性あり いいえ
 25 現在、生理中ですか。 はい いいえ

〈個人情報取扱いについて〉
 取得した個人情報は、健康状態把握のための健診検査の実施、結果報告書の作成、精密検査の案内、料金の請求、健診検査の精度管理、健康相談等に利用します。健診検査等の結果はご本人のほか、健診委託元(市町村、事業所等)にお知らせします。医療サービス提供及び健診の精度向上のために、他の医療機関等と情報連携をする場合があります。また、検査の一部を外部に委託する場合があります。
 個人情報の取扱いについて同意をいただけない場合は、健診検査・健康相談等をお受けいただけないことがあります。なお、同意いただいた後でも撤回することが可能です。

集団健診用
問診者サイン