

健康に関する問診票

※センター記入

|                  |    |    |              |      |       |              |       |
|------------------|----|----|--------------|------|-------|--------------|-------|
| 個人番号<br>(わかれば記入) | 所属 | 氏名 | 性別           | 年齢   | 受診日   | 呼び出し         | カルテ番号 |
|                  |    |    | 男・女          |      | 年 月 日 |              |       |
| 質問項目             |    |    | 回答<br>はい いいえ | 質問項目 |       | 回答<br>はい いいえ |       |

- 1 現在、血圧を下げる薬を使用している。  はい  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る。  はい  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る。  はい  いいえ
- 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。  はい  いいえ
- 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。  はい  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（人工透析など）を受けている。  はい  いいえ
- 7 医師から、貧血といわれたことがある。  はい  いいえ
- 8 20歳の時の体重から10 kg以上増加している。  はい  いいえ
- 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  はい  いいえ
- 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  はい  いいえ
- 11 ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。  はい  いいえ
- 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。  はい  いいえ
- 13 朝食を抜くことが週に3回以上ある。  はい  いいえ
- 14 睡眠で休養が十分とれている。  はい  いいえ

- 15 食事を噛んで食べる時の状態は  なんでも噛んで食べられる  噛みにくいことがある  ほとんど噛めない
- 16 人と比較して食べる速度が  速い  ふつう  遅い

- 17 朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取している。  毎日  時々  ほとんど摂取しない
- 18 お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度  毎日 月1～3  週5～6 月1未満  週3～4 やめた  週1～2 飲まない

- 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(43度)60 ml, 焼酎(25度)110 ml  
ワイン(14度)180 ml, 缶チューハイ(5度)500 ml, (7度)350 ml  
 1合未満  1～2合未満  2～3合未満  3～5合未満  5合以上
- 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。  
 改善するつもりはない  改善するつもりである(概ね6か月以内)  
 近いうちに(概ね1か月以内)改善するつもりで、少しずつ始めている  既に改善に取り組んでいる(6か月未満)  既に改善に取り組んでいる(6か月以上)

- 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。  はい  いいえ
- 22 坂道や階段の昇降時に息切れがする。  はい  いいえ
- 23 動悸や脈が気になったり前胸部に不快感しめつけられる痛みを感じることもある。  はい  いいえ
- 24 胃の具合が悪かったり、痛むことがある。  はい  いいえ
- 25 便に血が混じったり、真っ黒い便が出ることもある。  はい  いいえ
- 26 尿が出始めるまでに時間がかかったり、出具合が悪い。  はい  いいえ
- 27 頭痛がたびたび起こる。  はい  いいえ
- 28 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)  はい  いいえ
- 29 仕事や人間関係で強いストレスがあると思う。  はい  いいえ
- 30 ゆうつな気分になることが多い。  はい  いいえ
- 31 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。  はい  いいえ
- 32 耳鳴りがしたり、耳が聞こえにくい。  はい  いいえ
- 33 目が疲れやすい、見えにくいなど、目で困ることがある。  はい  いいえ
- 34 腰痛がある。  はい  いいえ
- 35 その他、健康や身体のこと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。]  はい  いいえ

- 36 最後に食事をしてから4時間以上経過している。  はい  いいえ
- 37 現在、たばこを習慣的に吸っている(習慣的とは、条件1・2を両方満たす)  はい(1,2を満たす)以前吸っていたが、最近1か月はやめている  いいえ(1,2以外)
- 条件1:最近1か月間吸っている
- 条件2:生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている
- 38 (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。  はい  いいえ
- 39 現在治療中・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。

病名 \_\_\_\_\_ 医療機関名 \_\_\_\_\_ (治療中・経過観察中・放置)

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 )

病名 \_\_\_\_\_ 医療機関名 \_\_\_\_\_ (治療中・経過観察中・放置)

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 )

【女性のみ】

- 40 婦人科的なことで相談したいことがある。(月経不順・月経痛・不正出血・おりもの・その他)  はい  いいえ
- 41 乳房にしこりがある。  はい  いいえ
- 42 現在、妊娠している、またはその可能性がある。  はい  いいえ