

<健康診断 質問票①>

氏名	性別	年齢	生年月日	申込団体
受診日	受診者ID			コース名

この用紙はコンピューター処理をするため、汚したり折り曲げたりしないでください。

該当する に を **鉛筆** 又は **シャープペンシル** でご記入ください。

採血時の注意事項 (別紙)について

確認しました (該当する場合は以下に を入れてください)

アルコール消毒で皮膚が赤くなりやすい 血液がサラサラになる薬を飲んでいる

業務歴について

これまでに、右のような「健康に悪影響を及ぼす可能性のある業務」についてあることがありますか。

いいえ はい 「はい」の場合

<input type="checkbox"/> 重量物を取扱う業務	<input type="checkbox"/> 放射線を取扱う業務
<input type="checkbox"/> 粉塵を取扱う業務	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 激しい振動を伴う業務	(極端な高温または低温、騒音、異常気圧等の環境下での業務、病原体を扱う業務など)
<input type="checkbox"/> 有害物質を取扱う業務	

現在の職場では、どのような勤務体制で働いていますか。

常時日勤 常時夜勤 交替制(日勤と夜勤の両方あり)

現在の職場での、直近1か月間の1日あたりの平均的な労働時間はどのくらいですか。

6時間未満 6時間以上8時間未満 8時間以上10時間未満 10時間以上

現在の職場での、直近1か月間の1週間あたりの平均的な労働日数はどのくらいですか。

3日間未満 3日間以上5日間未満 5日間 6日間以上

病歴について

特になし ※「受診中」は現在治療中の病気、「受診歴」は過去に治療を受けたが現在は治療中でないものを指します。

	受診中	受診歴		受診中	受診歴		受診中	受診歴		受診中	受診歴			
高血圧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	心房細動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	気管支喘息	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	痔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	乳がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	不整脈	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	胃がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肝がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	子宮がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
脂質異常症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	慢性腎不全・透析	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	胃潰瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肝炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	子宮筋腫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
脳出血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	腎炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	胃ポリープ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	胆石症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	甲状腺疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
脳梗塞	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肺がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	十二指腸潰瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	膵炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	関節リウマチ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心筋梗塞	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	結核	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	大腸がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	前立腺がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	痛風・高尿酸血症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
狭心症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肺炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	大腸ポリープ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	前立腺肥大	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	その他の疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

自覚症状について

<input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> 痰に血が混じる	<input type="checkbox"/> 舌がもつれる感じがする
<input type="checkbox"/> 息切れ、動悸がする	<input type="checkbox"/> 頭痛がする	<input type="checkbox"/> 黒っぽい便が出たり、便に血が混じる
<input type="checkbox"/> 胸が締めつけられる・痛い	<input type="checkbox"/> 尿の回数が多い、尿が近い	<input type="checkbox"/> 便秘と下痢を繰り返す
<input type="checkbox"/> 胸が重苦しい・不快感	<input type="checkbox"/> 腰痛、関節痛がある	<input type="checkbox"/> 急にやせた、食欲がない
<input type="checkbox"/> 胃の不快感がある	<input type="checkbox"/> よく眠れない	<input type="checkbox"/> 体がだるい、疲れやすい
<input type="checkbox"/> 咳、痰がつづく	<input type="checkbox"/> アレルギーがある	<input type="checkbox"/> 気を失ったり、気が遠くなることもある

家族歴について

特になし

	心臓病	高血圧	脳卒中	糖尿病	がん
父母	<input type="checkbox"/>				
兄弟姉妹	<input type="checkbox"/>				

女性の方のみご記入ください

生理中

妊娠中または妊娠の可能性あり

<健康診断 質問票②>

氏名	性別	年齢	生年月日	申込団体
受診日		受診者ID		

この用紙はコンピューター処理をするため、汚したり折り曲げたりしないでください。

該当する に を **鉛筆** 又は **シャープペンシル** でご記入ください。

- 1 血圧を下げる薬を服用していますか。 はい いいえ
- 2 血糖を下げる薬またはインスリン注射を使用していますか。 はい いいえ
- 3 コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用していますか。 はい 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。 はい 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。 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)を受けていますか。 はい いいえ
- 7 医師から、貧血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。 はい いいえ
- 8 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 はい(①②ともにあてはまる) 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない
※ 「たばこを習慣的に吸っている」とは、①最近1か月吸っており、②生 1日あたりの本数 _____ 本 × _____ 年 産で6か月以上または合計100本以上吸っている場合をさす。 いいえ(①②ともにあてはまらない)
- 9 20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。 はい 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。 はい いいえ
- 11 日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか。 はい 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。 はい 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。
 何でもかんで食べることができる 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 ほとんどかめない
- 14 人と比較して食べる速度は速いですか。 速い ふつう 遅い
- 15 就寝時の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。 はい いいえ
- 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。 毎日 時々 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。 はい いいえ
- 18 お酒を飲む頻度は 毎日 週5～6日 週3～4日 週1～2日 月1日未満
 やめた(過去に月1回以上の習慣的な飲酒があった人で最近1年以上酒類を摂取していない人) 飲まない(飲めない)
- 19 飲酒日の1日あたりの飲酒量は 1合未満 1～2合未満 2～3合未満 3～5合未満 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(同5度500ml)、焼酎(同25度110ml)、ワイン(同14度180ml)、ウイスキー(同43度60ml)、缶酎ハイ(同7度350ml)
- 20 睡眠で休養が十分取れていますか。 はい 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。
 改善するつもりはない 改善するつもりである(概ね半年以内)
 近いうちに改善するつもりであり、少しずつ始めている(概ね1ヶ月以内)
 すでに改善に取り組んでいる(概ね半年未満) すでに改善に取り組んでいる(半年以上)
- 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。 はい いいえ

胃検診(バリウム、カメラ)を受ける方はご記入ください。

- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 今までに胃バリウム検査を受けたことがありますか。 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある |
| 発泡剤、バリウムを飲んで気分が悪くなったことがありますか。 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある |
| 今までにピロリ菌の除菌をしたことがありますか。 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある |
| 今までに胃カメラ検査を受けたことがありますか。 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある |
| 胃部の手術をしたことがありますか。 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある |
| 歯科などの麻酔で気分が悪くなったことはありますか。 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある |

____ 年前
 病名 _____ 年頃