

健康診査記入シート
(ボールペンでご記入お願いします。)

ID: _____

氏名: _____

受診日 _____

1. 主な既往歴について伺います。これまでに治療したことのある病気についてどちらかを○で囲んでください。

胃・十二指腸の手術歴(切除)はありますか	1: なし 2: あり	⇒「あり」の方は右のどちらに該当しますか。1:全摘出 2:部分切除			
脳血管	脳卒中	1: はい 2: いいえ	心疾患	狭心症	1: はい 2: いいえ
	脳出血	1: はい 2: いいえ		心筋梗塞	1: はい 2: いいえ
	脳梗塞	1: はい 2: いいえ		心不全	1: はい 2: いいえ
	その他脳血管疾患	1: はい 2: いいえ		虚血性心疾患	1: はい 2: いいえ
腎疾患	慢性的な腎疾患	1: はい 2: いいえ	貧血	貧血	1: はい 2: いいえ
人工透析	人工透析	1: はい 2: いいえ			

2. 現在治療中の病気に対してのお薬の服用有無と治療中病名に対して○又は「その他」にご記入ください(特になしの方は「特になし」)

特になし	高血圧	糖尿病	胃・十二指腸潰瘍	腎不全以外の腎疾患
●治療中の病気に対し お薬の服用 → あり・なし (右記の病名に○を付けてください) →	高尿酸血症	うつ病	肝臓病	高脂血症(コレステロール、中性脂肪含む)
	低血圧	不整脈	前立腺肥大	(その他)
	緑内障	骨粗鬆症		

3. 自覚症状について伺います。次の症状についてどちらかを○で囲んでください。

1	胸に圧迫感がある	1: はい 2: いいえ	11	いつも調子が悪い	1: はい 2: いいえ
2	心臓の鼓動が激しい	1: はい 2: いいえ	12	お腹が張っている	1: はい 2: いいえ
3	動悸がする	1: はい 2: いいえ	13	下痢が多い	1: はい 2: いいえ
4	息切れする	1: はい 2: いいえ	14	便秘が多い	1: はい 2: いいえ
5	不眠	1: はい 2: いいえ	15	便通が安定しない	1: はい 2: いいえ
6	肩こりがする	1: はい 2: いいえ	16	痔の傾向がある	1: はい 2: いいえ
7	腰痛がする	1: はい 2: いいえ	17	尿が出にくい	1: はい 2: いいえ
8	手足がしびれる	1: はい 2: いいえ	18	アレルギーがある	1: はい 2: いいえ
9	(女性の方のみ) 妊娠の可能性	1: あり 2: なし	19	頭痛	1: はい 2: いいえ
10	めまい、立ちくらみがする	1: はい 2: いいえ	20	耳鳴り	1: はい 2: いいえ

※

質問内容	回答
1-1 血圧を下げる薬を服用していますか。	1: はい 2: いいえ
1-2 血糖を下げる薬又はインスリン注射をしていますか。	1: はい 2: いいえ
1-3 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。	1: はい 2: 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。	1: はい 2: 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。	1: はい 2: 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。	1: はい 2: いいえ
7 医師から、貧血といわれたことがありますか。	1: はい 2: 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、「ひと月合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者)	1: はい 2: いいえ
9 20歳の時の体重から10キロ以上増加していますか。	1: はい 2: 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。	1: はい 2: 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。	1: はい 2: いいえ
12 同世代の同性と比較して歩く速度が速いですか。	1: はい 2: いいえ
13 食事を噛んで食べる時の状態は、どれにあてはまりますか。	1: 何でも噛んで、食べることができる 2: 歯や歯ぐき、噛みあわせなど、気になる部分があり噛みにくいことがある 3: ほとんど噛めない
14 人と比較して食べる速度が速いですか。	1: 速い 2: 普通 3: 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。	1: はい 2: 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。	1: 毎日 2: 時々 3: 殆ど摂取しない
17 朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	1: はい 2: いいえ
18 お酒(日本酒・焼酎・ビール・洋酒など)を飲む頻度はどの程度ですか。	1: 毎日 2: 時々 3: 殆ど飲まない(全く飲まない)
19 飲酒日の1日当たりの飲酒量はどの程度ですか。(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))	1: 0~1合未満 2: 1~2合未満 3: 2~3合未満 4: 3合以上
20 睡眠で休養が十分とれていますか。	1: はい 2: 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おもいますか。	1: 改善するつもりはない 2: 改善するつもりである(6ヶ月以内) 3: 近い内に(概ね1ヶ月以内)改善するつもりで、少しずつ始めている 4: 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) 5: 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保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	1: はい 2: いいえ