

《健康診断 問診表》

ふりがな

氏 名

生年月日 昭和 年 月 日 歳

住 所

電話番号

勤務先名

職種(具体的に詳しく)【 】

※当日は健康保険証をお持ちください。

※以下の質問に対して、該当する番号を選んで○をつけて下さい。 記入日：平成 年 月 日

項目	質問内容	回 答			
1	いままでに病気にかかったことはありますか？	1:はい	2:いいえ		
2	それはどんな病気ですか？【 心臓病・脳卒中・高血圧・糖尿病・高脂血症・痛風・胆石】 【 貧血・肝臓病・結核・肋膜炎・胃・十二指腸潰瘍・前立腺疾患】 【 腎臓病・婦人科疾患・眼科疾患・その他()】				
3	現在も治療中(服薬中)ですか？	1:はい	2:いいえ		
4	病気や怪我で輸血を受けたことがありますか？	1:はい	2:いいえ		
5	両親・兄弟・姉妹がかかったことのある病気はありますか？ 【 心臓病・脳卒中・高血圧・糖尿病・高脂血症・結核・癌・その他()】	1:はい	2:いいえ		
6	現在、右の薬を飲んで いますか？	①血圧を下げる薬	1:はい	2:いいえ	
7		②インスリン注射や血糖を下げる薬	1:はい	2:いいえ	
8		③コレステロールを下げる薬	1:はい	2:いいえ	
9	右記の病気の診断ま たは治療を受けたこと がありますか？	①脳卒中(脳出血や脳梗塞など)	1:はい	2:いいえ	
10		②心臓病(狭心症や心筋梗塞など)	1:はい	2:いいえ	
11		③慢性の腎不全・人工透析	1:はい	2:いいえ	
12	タバコを吸いますか？ ----- 1日平均どのくらい吸いますか？【 1日 本 × 年間】 やめた方【 年前】	1:はい	2:いいえ	3:吸っていたがやめた	
13	お酒はどのくらいの頻度で飲みますか？	1:毎日	2:時々	3:ほとんど飲まない	
14	お酒を飲む時はどのくらいの量を飲みますか？ 例 ビール 350ml、焼酎 2杯	ビール ()	焼酎 ()	日本酒 ()	その他 ()
15	1日(合計で)1時間以上歩きますか？	1:はい	2:いいえ		
16	この1年間で体重が3kg以上変化(増減)しましたか？	1:はい【増・減】	2:いいえ		
17	* 女性の方にお聞きします。				
	最終月経は【 月 日】または【 才閉経】				
	月経は【 順調・不順】 【 日周期】				

《自覚症状等についてお聞きします》

※該当する事項にVをつけて下さい。

- 循環器系 胸の奥が(痛い・苦しい・やける・圧迫される・不快な)感じがする
 息切れがしたり動悸がしやすい 脈が乱れる
 手足や顔がむくむことがある

- 呼吸器系 せきやたんがよく出る 夜、呼吸がゼイゼイする

- 消化器系 食欲がない 食後に胃が張る、もたれる
 胃が痛む(食後・空腹時・いつも) 胸やけがする
 吐き気がする 下痢と便秘を繰り返す
 黒い便が出ることもある 便の中に血がまじることがある

- 神経系 頭痛がひどい 常に頭が重い
 急にめまいがする 上を向くとフラフラする
 しびれていたりピリピリしていることがある 耳鳴りがする
 舌がもつれる感じがする

- 運動系 関節や腰が痛む 手足がつることがある

- その他 いつも体が疲れやすくだるい 口が渴いて水分を多くとる
 尿に血がまじったり痛みがある 排尿回数が多い

* その他の自覚症状がありましたら、お書き下さい。

()

※以下は病院側で記入する箇所になります。

《医師判断》

メタボリック シンドローム 判定	1: 基準該当 (腹囲異常+高血糖・ 高血圧・脂質異常のう ち2項目以上が該当)	2: 予備群該当 (腹囲異常+高血糖・ 高血圧・脂質異常のう ち1項目が該当)	3: 非該当 (全て異常なし、 又は腹囲異常の み異常)	4: 判定不能
------------------------	---	--	---------------------------------------	---------