

# 質 問 表

各自ご記入ください。裏面の住所・電話番号に変更がある場合は、訂正をお願いします。

氏 名		フリガナ		
No	質 問 項 目		回 答 欄	
1-3	現在、aからcの薬の使用の有無			
	1	a. 血圧を下げる薬	①はい	②いいえ
	2	b. インスリン注射又は血糖を下げる薬	①はい	②いいえ
	3	c. コレステロールを下げる薬	①はい	②いいえ
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳血栓等)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、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析)を受けたことがありますか。		①はい	②いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがある。		①はい	②いいえ
8	現在、たばこを習慣的にすっている。 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「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歳のときの体重から10kg以上増加している。		①はい	②いいえ
10	1日30分以上軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している。		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る。		①はい	②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。		①はい	②いいえ
13	この1年間で体重の増減が±3kg以上あった。		①はい	②いいえ
14	人と比較して食べる速度が早い。		①早い	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回以上ある。		①はい	②いいえ
16	夕食後に間食(3食以外の夜食)をとることが週に3回以上ある。		①はい	②いいえ
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。		①はい	②いいえ
18	お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度		①毎日	②時々 ③ほとんど飲まない(飲めない)
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 ※清酒1合(180ml)の目安:ビール中瓶1本(500ml)、焼酎35度(80ml) ウイスキーダブ一杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)		①1合未満	②1~2合未満 ③2~3合未満 ④3合以上
20	睡眠で休養が十分とれている		①はい	②いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣病を改善してみようと思ってますか。		①改善するつもりはない ②改善するつもりである(概ね6ヶ月以内) ③近いうち(概ね1ヶ月以内)に改善するつもりであり、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
23	1~3の質問以外の薬の使用がありますか。		①はい	②いいえ
	はいの場合	お薬名:		
24	4~7の質問以外で現在治療中や過去にかかった病気、または手術をされたことがありますか		①はい	②いいえ
	はいの場合	病名・手術:		
25	何か自覚症状はありますか。(例:よく下痢をする。体がだるい。など)		①はい	②いいえ
	はいの場合	症状:		
26	アレルギーはありますか。		①はい	②いいえ
27	現在、妊娠中もしくは妊娠をしている可能性がありますか。		①はい	②いいえ

◀ 医療機関記入欄 ▶

OML依頼用

健康診断結果票

健診実施日	平成	年	月	日
-------	----	---	---	---

事業所名															
氏名								カルテNo							
生年月日					年齢	歳		性別							
住所		〒													
電話番号															
既往歴	<input type="checkbox"/> あり									<input type="checkbox"/> なし					
自覚症状	<input type="checkbox"/> あり									<input type="checkbox"/> なし					
他覚症状	<input type="checkbox"/> あり									<input type="checkbox"/> なし					
身長							cm	心電図 <input type="checkbox"/> 所見あり <input type="checkbox"/> 所見なし							
体重							kg								
腹囲							cm								
血圧	収縮期						mmHg	実施 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済							
	拡張期						mmHg								
視力	右	裸眼										胸部レントゲン <input type="checkbox"/> 所見あり <input type="checkbox"/> 所見なし			
	左	裸眼													
	右	矯正													
	左	矯正													
聴力	右	1000Hz		db	異常	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	実施 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済							
		4000Hz		db	異常	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無								
	左	1000Hz		db	異常	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無								
		4000Hz		db	異常	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無								
採血時間	食後10時間	<input type="checkbox"/> 未満		<input type="checkbox"/> 以上											
医師の総合所見	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 要観察		<input type="checkbox"/> 要指導		<input type="checkbox"/> 治療中		<input type="checkbox"/> 要医療							
(診断医師名: )															

事務部 H26.10.1

