

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) ウイスキーダブル一杯(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	
体重										kg	
腹囲										cm	
血圧		収縮期								mmHg	
		拡張期								mmHg	
視力		右	裸眼							心電図 <input type="checkbox"/> 所見あり <input type="checkbox"/> 所見なし	
		左	裸眼								
		右	矯正							実施 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済	
		左	矯正								
聴力		右	1000Hz	db	異常	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	胸部レントゲン <input type="checkbox"/> 所見あり <input type="checkbox"/> 所見なし			
			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		実施 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済			
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

