

質問票

令和 年 月 日

フリガナ				健診実施 機関名			
氏名		性別	男・女	生年 月日	昭和 年 月 日	年齢	歳

1. 服薬の状況について伺います。現在、次の薬を使っているかどうかを「はい」か「いいえ」でお答えください。また、使っているお薬の名前がわかられば記入してください。

	薬を使っている	薬の名前	
血圧を下げる薬	はい	いいえ	
インスリン注射や 血糖を下げる薬	はい	いいえ	
コレステロールを下げる薬	はい	いいえ	

2. 主な既往歴について伺います。これまで治療をしたことのある病気について、「はい」か「いいえ」でお答えください。

脳血管	脳卒中	はい	いいえ	心疾患	狭心症	はい	いいえ
	脳出血（脳卒中）	はい	いいえ		心筋梗塞	はい	いいえ
	脳梗塞（脳卒中）	はい	いいえ		心不全	はい	いいえ
	その他の脳血管疾患	はい	いいえ		虚血性心疾患	はい	いいえ
	腎不全 人工透析	はい	いいえ		その他の心疾患	はい	いいえ
	慢性的な腎不全	はい	いいえ	貧血	貧血	はい	いいえ
	人工透析	はい	いいえ				

3. 主な既往歴以外に、これまで治療をしたことのある病気がありましたら、右の空欄に○を記入してください。

01	高血圧		05	高尿酸血症		09	胃・十二指腸潰瘍	
02	低血圧		06	腎不全以外の腎疾患		10	うつ	
03	不整脈		07	糖尿病		11	骨粗鬆症	
04	高脂質血症		08	肝臓病				

4. 自覚症状について伺います。次の症状について、「はい」か「いいえ」でお答えください。

01	胸の圧迫感	はい	いいえ	08	頭痛・耳鳴りがする	はい	いいえ
02	動悸や心臓の激しい鼓動	はい	いいえ	09	いつも調子が悪い	はい	いいえ
03	息切れがする	はい	いいえ	10	おなかが張っている	はい	いいえ
04	不眠	はい	いいえ	11	下痢	はい	いいえ
05	肩こり・腰痛	はい	いいえ	12	便秘	はい	いいえ
06	手足のしびれ感	はい	いいえ	13	下痢と便秘の両方	はい	いいえ
07	めまい・立ちくらみ	はい	いいえ	14	痔の傾向がある	はい	いいえ

5. 現在、習慣的にたばこを吸っていますか。

はい	以前は吸っていた	いいえ
----	----------	-----

※「習慣的」は条件①と②を満たす場合。

「以前は吸っていた」は条件②のみを満たす場合。

条件①：最近1ヶ月間吸っている。

条件②：生涯で半年以上、または合計100本以上吸っている

6. 飲酒の頻度について伺います。○を記入してください。

毎日	週5~6日	週3~4日	週1~2日
月に1~3日	月に1日未満	やめた※	飲まない

※「やめた」は、過去に月1日以上の習慣的な飲酒歴があり、最近1年以上酒類を摂取していない場合。

7. 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はありますか。

はい	いいえ
----	-----