

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、たばこを習慣的に吸ってますか。 ※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1: 最近1ヶ月間吸っている 条件2: 生涯で6ヶ月以上吸っている、又は合計100本以上吸っている		①はい(条件1と条件2を両方満たす) ②以前は吸っていたが、最近1ヵ月間は吸っていない(条件2のみ満たす) ③いいえ(①②以外)	
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)を飲む頻度はどのくらいですか。 (※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を接種していない者)		①毎日 ③週3~4日 ⑤月に1~3日 ⑦やめた	②週5~6日 ④週1~2日 ⑥月に1日未満 ⑧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(アルコール度数15度180ml)の目安:ビール(同5度・500ml) 焼酎(同25度・約110ml)、ワイン(同14度・約180ml) ウイスキー(同34度・60ml)、缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml)		①1合未満 ③2~3合未満 ⑤5合以上	②1~2合未満 ④3~5合未満
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、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか		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 令和 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								心電図				
体重								<input type="checkbox"/> 所見あり		<input type="checkbox"/> 所見なし		
腹囲								実施 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済				
血圧	収縮期						mmHg					
	拡張期						mmHg					
色覚												胸部レントゲン <input type="checkbox"/> 所見あり <input type="checkbox"/> 所見なし
視力	右	裸眼										
	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	<input type="checkbox"/> 食後3.5時間未満		<input type="checkbox"/> 食後3.5時間以上、10時間未満				<input type="checkbox"/> 食後10時間以上					
医師の総合所見	<input type="checkbox"/> 異常なし		<input type="checkbox"/> 要観察		<input type="checkbox"/> 要検査(精検)		<input type="checkbox"/> 治療中		<input type="checkbox"/> 要医療			
(診断医師名: _____)												

事務部 R05.04.01



医療法人 和陽会 まび記念病院