

健康調査票

ふりがな
氏名 _____ 性別 男 女 生年月日 _____ 大正 _____ 昭和 _____ 平成 _____ 年 月 日生 歳

現住所 _____ 電話番号 _____

事業所名 _____ 事業所電話番号 _____

職種(具体的に) _____

既往歴

現在治療中または、今までにかかった病気について〔表1〕から番号を、経過につきましては〔表2〕から選んで記号をご記入ください。

※の付いた疾患は具体病名をご記入ください。（記入例：2 脳出血 など）

〔表1〕疾患

1	高血圧	9	腎臓病	17	大腸ポリープ
2	脳血管障害※	10	喘息	18	婦人科疾患※
3	癌 ※	11	肺炎	19	外傷
4	心疾患 ※	12	結核	20	その他
5	肝臓病 ※	13	蕁麻疹		
6	糖尿病	14	胆石症		
7	脂質異常	15	胃潰瘍		
8	高尿酸血症	16	十二指腸潰瘍		

〔表2〕経過

A	治療終了
B	治療中
C	治療中断
D	放置
E	治療不可経過観察中
F	手術済み
G	手術後経過観察中

〔既往歴〕

疾患 (番号)	発症年齢	具体病名	経過 (記号)

※ 40歳以上の方の健診結果は、医療保険者への提出や電子化する際に保険証の記号・番号と保険者番号が必要となりますので、必ず保険証を窓口に提示願います。

※ 検診結果を医療保険者に提出・電子化する際、事業主に保険証の記号・番号等の必要事項を問い合わせることがございますので、必ず事業所名・事業所電話番号を記入願います。（雇入時健診の場合も、就職予定の事業所で記入願います。）

標準的な質問票

該当するところにチェックしてください。

	質問項目	回答
1	a. 現在、血圧を下げる薬を使用している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	b. 現在、インスリン注射又は血糖を下げる薬を使用している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	c. 現在、コレステロールを下げる薬を使用している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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る。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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)を受けたことがある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っている。 (※「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)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同姓と比較して歩く速度が速い。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
13	この1年間で体重の増減が±3kg以上あった。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
14	人と比較して食べる速度が速い。	<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
18	お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 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(約500ml)、焼酎35度(80ml)、ウイスキーダブル一杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	<input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1~2合未満 <input type="checkbox"/> 2~3合未満 <input type="checkbox"/> 3合以上
20	睡眠で休養が十分とれている。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。	<input type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 改善するつもりである(概ね6ヶ月以内) <input type="checkbox"/> 近いうちに(概ね1ヶ月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

※この健診票に記載された個人情報は、健康診断累積に必要な範囲内でのみ利用します。