

問診票（個人健診）

記入日： 平・令 年 月 日

フリガナ		生年月日	大・昭 平・令	年 月 日	男・女
氏名					
住所	〒 -	電話番号	自宅： 携帯：		

該当する に をお願いいたします。

1	これまでにかった病気がありますか？ 例：50歳 脳梗塞、60歳 狭心症など	<input type="checkbox"/> はい(病名と年齢：) <input type="checkbox"/> いいえ
2	たばこを吸ったことがありますか？	<input type="checkbox"/> あり(1日 _____本・ _____歳～ _____歳) <input type="checkbox"/> いいえ
3	(たばこを吸ったことがある方のみ) 直近1ヶ月間にたばこを吸いましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	お酒はどの位の頻度で飲みますか？	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週5～6日 <input type="checkbox"/> 週3～4日 <input type="checkbox"/> 週1～2日 <input type="checkbox"/> 月に1～3日 <input type="checkbox"/> 月に1日未満 <input type="checkbox"/> 以前飲んでしたが1年以上飲んでいない <input type="checkbox"/> 飲まない
5	(お酒を飲む方のみ) 1日当たりの飲酒量はどの位ですか？ ※1合の目安(ml)：ビール・チューハイ500・焼酎110・ ワイン180・ウイスキー60	<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"/> 3～5合未満 <input type="checkbox"/> 5合以上
6	20歳の時の体重から10kg 以上増えていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上かつ1年以上行っていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上行っていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9	同年代の同性と比較して歩く速度が速いですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
10	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか？	<input type="checkbox"/> 何でもかんで食べられる <input type="checkbox"/> かみにくいことがある <input type="checkbox"/> ほとんどかめない
11	人と比較して食べる速度が速いですか？	<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 遅い
12	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
13	3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか？	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない
14	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
15	睡眠で休養が十分とられていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
16	運動や食生活等の生活習慣を改善しようと思っていますか？	<input type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 半年以内に改善するつもりである <input type="checkbox"/> 1か月以内に改善するつもりである <input type="checkbox"/> 改善に取り組んでいる(半年未満) <input type="checkbox"/> 改善に取り組んでいる(半年以上)
17	これまでに特定保健指導を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
18	血圧の薬を飲んでいますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
19	糖尿病の薬を飲んだり注射したりしていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
20	コレステロールや中性脂肪の薬を飲んでいますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ