

問診票

◎この用紙は折り曲げないで下さい

医療法人福慈会

〒542-0081 大阪市中央区南船場2-1-3 フェニックス南船場3階
☎06-4963-3205(代表) FAX06-4963-3206 http://www.fukujikai.or.jp/

◇健保組合:
◇事業所:
◇所属:

◇保険証記号:
◇保険証番号:
◇コース:



A00000000000A

受診者氏名	生年月日	年度末年齢	性別	社員番号

ナンバリング*

個人ID	受診日	受診番号
	年 月 日	

個人ID



A00000000000A

最後の食事から何時間経過しましたか? 約 . 時間

【1】既往歴

◆下記の病名について現在治療中(服薬中・食事治療中)の方は現在欄の□に、過去に治療または手術を受けた方は過去欄の□に縦線を記入して下さい。

病名	現在	過去	病名	現在	過去	病名	現在	過去	病名	現在	過去	病名	現在	過去
癌・悪性腫瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	他の心臓病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	十二指腸潰瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肝 炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	貧 血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肺 結 核	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	脳 出 血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	胃ポリープ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	他の肝臓病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	痔 疾 患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肋 膜 炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	脳 梗 塞	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	胃 炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	糖 尿 病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	そ の 他 (下 記)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
喘 息	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	高 脂 血 症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	大腸ポリープ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	痛 風	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	病名を記入して下さい。		
高 血 圧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	尿 路 結 石	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	他の胃腸病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	関 節 リウマチ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	特になし <input type="checkbox"/>		
不 整 脈	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	腎 炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	胆 石 症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	腰 痛 症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
狭 心 症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	他の腎臓病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	胆 の う 炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	乳 房	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
心 筋 梗 塞	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	胃 潰 瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	膵 臓 病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	婦 人 科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

【2】問診

◆必須記入(特定健診:問診票) 1. はい 2. いいえ 又は、いずれかの□に縦線を記入してください。

- | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. 現在以下の薬をのんでいますか?</p> <p>a. 血圧を下げる薬 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>b. インスリン注射または血糖を下げる薬 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>c. コレステロールを下げる薬 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>2. 医師から以下の病名にかかっていると
言われたり、治療を受けた事がありますか。</p> <p>a. 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>b. 心臓病(狭心症・心筋梗塞等) 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>c. 慢性腎不全・人工透析治療 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>d. 貧血 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3. 現在たばこを習慣的に吸っている。
(※現在、習慣的に吸うとは、合計100本以上、または6ヶ月以上吸っていて、最近1ヶ月も吸っている状態です) 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> | <p>4. 20歳の体重から10kg以上増加している。 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>5. 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 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>6. 日常生活において歩行又は同等の身体活動1日1時間以上実施 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>7. ほぼ同年齢の同性と比較して歩く速度が速い 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>8. 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。</p> <p>1 何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/></p> <p>2 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある <input type="checkbox"/></p> <p>3 ほとんどかめない <input type="checkbox"/></p> <p>9. 人と比較して食べる速度が速い 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 遅い <input type="checkbox"/></p> | <p>10. 就寝前の2時間以内に夕食を取ることが週3回以上ある 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>11. 朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか? 1 毎日 <input type="checkbox"/> 2 時々 <input type="checkbox"/> 3 ほとんど摂取しない <input type="checkbox"/></p> <p>12. 朝食を抜くことが週3回以上ある 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>13. お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度 1 毎日 <input type="checkbox"/> 2 時々 <input type="checkbox"/> 3 ほとんど飲まない(飲めない) <input type="checkbox"/></p> <p>14. 飲酒日の1日当たりの飲酒量 [1合の目安] 清酒 180ml、ビール 約500ml(中瓶1本)、焼酎35度 80ml、ウイスキー60ml(ダブル1杯)、ワイン 240ml(2杯) 1 0~1合未満 <input type="checkbox"/> 2 1~2合未満 <input type="checkbox"/> 3 2~3合未満 <input type="checkbox"/> 4 3合以上 <input type="checkbox"/></p> | <p>15. 睡眠で休養が十分とれている 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>16. 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? 1 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 2 改善するつもりはある(概ね6ヶ月以内) <input type="checkbox"/> 3 近いうちに(概ね1ヶ月以内)少しずつ始めている <input type="checkbox"/> 4 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) <input type="checkbox"/> 5 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上) <input type="checkbox"/></p> <p>17. 生活習慣病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 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>18. (女性のみ)妊娠の可能性がある、もしくは妊娠している 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>19. (女性のみ)生理中である 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

【3】自覚症状

◆次の質問であてはまるところの□に縦線を記入してください。

- | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <p><input type="checkbox"/> 特に変わったことはない</p> <p><input type="checkbox"/> 頭が痛い、重い感じがする</p> <p><input type="checkbox"/> 咳、痰が多い</p> <p><input type="checkbox"/> 動悸、息切れ、脈が乱れる感じがする</p> <p><input type="checkbox"/> 胸が痛い、しめつけられる感じがする</p> | <p><input type="checkbox"/> 胃の調子が悪い(吐き気・痛み・胸やけ等)</p> <p><input type="checkbox"/> 最近食欲がない</p> <p><input type="checkbox"/> 翌日まで疲れが残ることが多い</p> <p><input type="checkbox"/> よく喉が渇くことがある</p> <p><input type="checkbox"/> 最近視力が衰えた、物がかすんで見える</p> | <p><input type="checkbox"/> よく下痢をする</p> <p><input type="checkbox"/> 便秘がち</p> <p><input type="checkbox"/> 発疹、じんましんがやすい</p> <p><input type="checkbox"/> (女性のみ)下り物や不正出血がある</p> <p><input type="checkbox"/> (女性のみ)乳房にしこりがある</p> | <p><input type="checkbox"/> その他(下記)</p> <p>症状を記入して下さい</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|

問診内容