

特定健診 質問票

市川東ヘルスクリニック

受診コード	
-------	--

院内ID									
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受診日									
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受診者名	団体名			生年月日	年齢
	性別				

下記の質問で当てはまる項目の□にレ(チェック)をつけてください。

現在、aからcの薬の使用についてお聞かせください。								
a. 血圧を下げるお薬を服用していますか	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ				
b. 血糖値を下げるお薬を服用又はインスリン注射をしていますか	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ				
c. コレステロールや中性脂肪を下げるお薬を服用していますか	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ				
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りますか	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ				
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	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ				
医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析など）を受けていますか	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ				
医師から、貧血といわれたことがありますか	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ				
現在、たばこを習慣的に吸っていますか (※「現在、習慣的に喫煙している方」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている方」であり、最近1ヶ月も吸っている方)	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ				
20歳の時から体重が10kg以上増加していますか	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ				
1回30分以上の軽く汗をかく運動を週に2日以上、1年以上実施していますか	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ				
日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ				
ほぼ同じ年齢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				
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"/>	何でもかめる	<input type="checkbox"/>	かみにくい	<input type="checkbox"/>	ほとんどかめない		
人と比べて食べる速度は速いですか	<input type="checkbox"/>	速い	<input type="checkbox"/>	普通	<input type="checkbox"/>	遅い		
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				
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	<input type="checkbox"/>	毎日	<input type="checkbox"/>	時々	<input type="checkbox"/>	ほとんど摂取しない		
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				
お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲みますか	<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)		
飲酒日の1日当たりの飲酒量はどのくらいですか 日本酒1合(180ml)の目安：ビール(500ml)、焼酎25度(110ml)、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	<input type="checkbox"/>	1合未満	<input type="checkbox"/>	1~2合	<input type="checkbox"/>	2~3合	<input type="checkbox"/>	3合以上
睡眠で休養が十分にとれていますか	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ				
運動や食生活等の生活習慣を改善し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)							
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				
自覚症状								
他覚症状(医師記入欄)								