

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口(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、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:合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている	<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
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
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
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"/>	週5~6日
	<input type="checkbox"/>	週1~2日	<input type="checkbox"/>	週3~4日
	<input type="checkbox"/>	やめた	<input type="checkbox"/>	月1~3日
	<input type="checkbox"/>	1合未満	<input type="checkbox"/>	月1日未満
	<input type="checkbox"/>	1~2合	<input type="checkbox"/>	2~3合
	<input type="checkbox"/>	3~5合	<input type="checkbox"/>	5合以上
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
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、これまでに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
自覚症状				
他覚症状(医師記入欄)				