

検査注意事項

受検される方は、検査を指定された日時を、必ずまもり
検査当日は朝食もしくは、昼食、牛乳、煙草、その他飲食
をなさらずに、ご来院ください。

秘

健康診断問診票

この調査は、あなたの健康をまもり生活を明るく楽しくするための
ものです。絶対に他にもらすようなことはありませんから、何でも正直に
記入して下さい。 受診回数 回

ふりがな
氏名

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生・男・女 年令 (才)
〒

現住所

電話番号

事業所名

電話番号

職 種 (具体的にくわしく)

社会福祉法人 恩賜
財団 済生会 神栖済生会病院

〒314-0112 茨城県神栖市知手中央7丁目2番45号
TEL. 0299-97-2111
FAX. 0299-97-2134

標準項目 問診票

以下の質問についてご記入願います。それぞれの項目について、 内に

「はい」ならば、**1** を「いいえ」ならば **2** をご記入下さい。また、適当と思われる番号をご記入下さい。

①血圧を下げる薬を内服している。 薬剤名

②インスリン注射または、血糖を下げる薬を内服している。 薬剤名

③コレステロールを下げる薬を内服している。 薬剤名

④医師から脳卒中（脳溢血、脳梗塞等）にかかっているとされたり、治療を受けたことがありますか。

⑤医師から心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているとされたり、治療を受けたことがありますか。

⑥医師から、慢性腎不全にかかっているとされたり治療（人工透析）を受けたことがありますか。

⑦医師から、貧血と言われたことがありますか。

現在、たばこを習慣的に吸っている。

（※「現在習慣的に吸っている者」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）

20歳の時の体重から10kg以上増加している。

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。

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る。

ほぼ同じ年令の同性と比較して歩く速度が速い。

この1年間で体重の増減が±3kg以上あった。

人と比較して食べる速度が速い。

就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。

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。

朝食を抜くことが週3回以上ある。

お酒（清酒、焼酎、ビール、洋酒など）飲む頻度について **1. 毎日 2. 時々 3. ほとんど飲めない**

飲酒日の1日あたりの飲酒量 ※清酒1合（180ml）の目安： ビール中ビン1本（約500ml）

焼酎35度（80ml）、ウイスキーダブル1杯（60ml）、ワイン2杯（240ml）

1. 1合未満 2. 1～2合未満 3. 2～3合未満 4. 3合以上

睡眠で休養がとれている。

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 2. 改善するつもりである（概ね6ヶ月以内）

3. 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

4. 既に改善に取り組んでいる（6ヶ月未満） 5. 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。

前頁の①～⑦以外に患った病気について、○印を付けて下さい。また、いつ頃かわかるようでしたら記入欄にご記入下さい。

- 病名： 1) 痛風 2) 胃・十二指腸潰瘍 3) その他の胃腸病 4) 胆石症 5) 肝臓病
6) 膵臓疾患 7) 腎・尿管結石 8) その他の泌尿器疾患 9) 甲状腺疾患
10) リウマチ疾患 11) 椎間板ヘルニア 12) 腰痛 13) 肺結核症 14) その他の呼吸器疾患
15) 痔疾患 16) アレルギー性疾患 17) 皮膚疾患 18) 婦人科疾患
19) その他 ()

病名番号 _____ 年 月 日 ~ 放置・経過観察・食事療法・通院治療
番号 _____ 年 月 日 ~ 放置・経過観察・食事療法・通院治療
番号 _____ 年 月 日 ~ 放置・経過観察・食事療法・通院治療

※外科的手術を行った場合記入して下さい。

何の手術を _____ 輸血の経験 (有 ・ 無)
い つ
医療機関
結果

次の質問について、該当する項目に○をつけて下さい。

- a) 循環器 (1) 息ぎれがしたり動悸がしやすい (2) 脈が乱れる
(3) 胸がおさえつけられたり、しめつけられたりする
(4) 手足や顔がむくむことがある
- b) 呼吸器 (1) セキが長く続いている
(2) 痰に血がまじる (3) 夜ゼイゼイする
(4) ノドがはれる (5) 鼻がつまる
- c) 消化器 (1) むねやけがする (2) はきけがする (3) 食後に胃がはる、もたれる
(4) 胃が痛む(食事の後、空腹のとき、いつも、強い、にぶい)
(5) 下腹部が時々痛む、おなかがはる (6) 下痢と便秘が交互する
(7) 便の中に血が混じることがある (8) 黒い便がでることがある
- d) 泌尿器 (1) 尿に血が混じることがある (2) 排尿の際、痛みがある
(3) 排尿に時間がかかる (4) 夜中に小便にいく回数が多い(約 _____ 回)
- e) 神経系 (1) ひどく頭が重かったり痛んだりする
(2) 身体がカッと熱くなったりゾクゾクしたりする
(3) 急にめまいがする (4) 上を向くとフラフラする
(5) どこかシビレていたりピリピリしていることがある
(6) 耳鳴りがする (7) 耳が遠い (8) 目が疲れる・かすむ
(9) 寝つきが悪い (10) いらいらする、何か不安を感じる
- f) その他 (1) いつでも体が疲れやすくだるい (2) 口が渇いて水分を多くとる
(3) できものが多くて困る

