

# 健診問診票（問診項目）

被保険者等 記号・番号	—	受診者 氏名		
事業所名称				
健診受診日	令和 年 月 日	受診医療 機関名称		
自覚症状	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> せき・たんが出る <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めまい・たちくらみ <input type="checkbox"/> 胸が痛む <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 耳鳴り <input type="checkbox"/> 腹痛がする <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 動悸・息切れ <input type="checkbox"/> 生理中 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 不眠・よく眠れない <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 全身の疲労感が強い <input type="checkbox"/> その他（                      ）			
他覚症状	※医師の診察結果を記入してください			
既往歴	現在または以前にかかった病気（      ）に病名を記入してください <input type="checkbox"/> 以下の病気がない ※「治療中」は服薬がある状態、「経過観察」は検査のみで服薬がない状態、「中断」は過去に治療を行っていたが通院を終了した状態			
		治療中	経過観察	
		中	断	
	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 糖尿病 (インスリン注射含む)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 脳卒中 (脳出血・脳梗塞等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 狭心症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 不整脈	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> その他の心疾患 (                      )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 貧血症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 慢性腎臓病・腎不全 (人工透析含む)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 他の腎疾患 (                      )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		治療中	経過観察	中
	断	断	断	
<input type="checkbox"/> 甲状腺疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(機能亢進症・低下症・その他)				
<input type="checkbox"/> 痛風・高尿酸血症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 肝疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 眼疾患 (白内障・緑内障等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 呼吸器疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(喘息・その他)				
<input type="checkbox"/> 尿路結石	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 胆石	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 胃腸疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 消化器疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 (                      )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> その他 (                      )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

※該当する項目に☑を入れてください

千葉県機械金属健康保険組合

**※2枚目に「生活習慣」にかかると項目があります**

# 健 診 問 診 票 （ 問 診 項 目 ）

生 活 習 慣	現在、タバコを習慣的に吸っていますか （※「現在、習慣的に喫煙している者」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か月間吸っている 条件2：生涯で6か月間以上吸っている、または合計100本以上吸っている	<input type="checkbox"/> はい（条件1と条件2を両方満たす） <input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが、直近1か月間は吸っていない（条件2のみ満たす） <input type="checkbox"/> いいえ（①②以外）
	20歳の時の体重よりも10kg以上増加していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	一日30分以上の汗をかく運動を週二日以上、一年以上実施していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	日常生活で歩行又は同等の身体活動を一日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
	食事を嚙んで食べる時の状態はどれにあてはまりますか	<input type="checkbox"/> 何でも嚙める <input type="checkbox"/> 歯や歯茎、嚙み合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"/> ほとんど嚙めない
	人と比べて食べる速度が速いですか	<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 遅い
	就寝前2時間以内に夕食をとることが、週三回以上ありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	朝、昼、夜の三食以外に間食や甘い飲み物を摂取しますか	<input type="checkbox"/> はい <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三回以上ありますか	<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）を飲む頻度はどのくらいですか （※「やめた」とは過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者）	<input type="checkbox"/> 毎日飲む <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"/> やめた <input type="checkbox"/> 飲まない <span style="display: block; text-align: right;">（飲めない）</span>
	飲酒日の一日当たりの飲酒量    ※日本酒1合（アルコール度数15度・180m l）の目安 ビール（同5度・500m l）、焼酎（同25度・約110m l）、ウイスキー（同43度・60m l）、 缶チューハイ（同5度・約500m l、同7度・約350m l）	<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
	睡眠で休養が十分とれていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	運動や食生活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 <input type="checkbox"/> 1か月以内に始める又は最近始めた <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる <span style="display: block; text-align: right;">（6か月未満）</span> <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる <span style="display: block; text-align: right;">（6か月以上）</span>
	生活習慣の改善について、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
	今回の健診（健康診断・人間ドック）は食後何時間経過していますか	<input type="checkbox"/> 10時間以上 <input type="checkbox"/> 3.5時間未満 <input type="checkbox"/> 3.5～10時間未満

※該当する項目に☑を入れてください

千葉県機械金属健康保険組合