

特定健診 質問票

池袋病院 成人病人間ドック

| | | | | | |
|------|--|--------------|-------------|-----------|-----------|
| 健保名 | | 保険証 記号-番号 | | 受信者 区分 | 本人・配偶者・家族 |
| フリガナ | | 生年月日 | T S H | 年 月 日 | 【年齢】 歳 |
| 氏名 | | | | | 【性別】 男・女 |
| 住所 | | | | TEL | |

| | | |
|------------------|-----|-------------|
| 食後10時間以上経過していますか | ①はい | ②いいえ(食後 時間) |
|------------------|-----|-------------|

| 質問項目 | 回答 |
|------|----|
|------|----|

| | | | |
|------|---|--|----------------|
| *1~3 | 現在、aからcの薬の使用の有無 (※医師の診断・治療のもとで服薬中のものを指す) | | |
| 1 | a. 血圧を下げる薬 | ①はい | ②いいえ |
| 2 | b. 血糖を下げる薬 又はインスリン注射 | ①はい | ②いいえ |
| 3 | c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬 | ①はい | ②いいえ |
| 4 | 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。 | ①はい | ②いいえ |
| 5 | 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。 | ①はい | ②いいえ |
| 6 | 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。 | ①はい | ②いいえ |
| 7 | 医師から、貧血といわれたことがある。 | ①はい | ②いいえ |
| *8 | 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か月以上吸っている 又は 合計100本以上吸っている) | ①はい(条件1と条件2を両方満たす) ②以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない(条件2のみ満たす) ③いいえ(①②以外) | |
| 9 | 20歳の時の体重から10kg以上増加している。 | ①はい | ②いいえ |
| 10 | 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はい | ②いいえ |
| 11 | 日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施。 | ①はい | ②いいえ |
| 12 | ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。 | ①はい | ②いいえ |
| 13 | 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。 | ①何でもかんで食べることができる 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 ③ほとんどかめない | |
| 14 | 人と比較して食べる速度が速い。 | ①速い | ②ふつう ③遅い |
| 15 | 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。 | ①はい | ②いいえ |
| 16 | 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 | ②時々 ③ほとんど摂取しない |
| 17 | 朝食を抜くことが週に3回以上ある。 | ①はい | ②いいえ |
| 18 | お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどれくらいですか。 (※「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) | ①毎日 ②週5~6日 ③週3~4日 ④週1~2日 ⑤月に1~3日 ⑥月に1日未満 ⑦やめた ⑧飲まない(飲めない) | |
| 19 | 飲酒日の1日あたりの飲酒量 (質問18で⑦または⑧と答えた方は回答不要) 日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安 ビール(同5度・500ml)、焼酎(同25度・約110ml)、ワイン(同14度・約180ml) ウイスキー(同43度・60ml)、缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml) | ①1合未満 ②1~2合未満 ③2~3合未満 ④3~5合未満 ⑤5合以上 | |
| 20 | 睡眠で休養が十分とれている。 | ①はい | ②いいえ |
| 21 | 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) | |
| 22 | 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。 | ①はい | ②いいえ |

| | | | |
|-----------|------------------------------|-----|------|
| 女性 記入欄 | 生理中ですか。 | ①はい | ②いいえ |
| | 妊娠中ですか。(妊娠の可能性のある方は①とご回答下さい) | ①はい | ②いいえ |

※ 裏面もご記入願います

特定健診 質問票

氏名

既往歴および自覚症状についてご回答ください。

◆既往歴について伺います。

これまでに治療した病気がある場合は『1.特記事項あり』に○をつけ、具体的な既往歴の中から該当する番号に○をつけて下さい。

既往歴 (1. 特記事項あり 2. 特記事項なし)

具体的な既往歴

| | | |
|--------------|------------|---------------|
| 1. 脳卒中 | 9. その他の心疾患 | 17. 高尿酸血症 |
| 2. 脳出血（脳卒中） | 10. 慢性腎不全 | 18. 腎不全以外の腎疾患 |
| 3. 脳梗塞（脳卒中） | 11. 人工透析 | 19. 糖尿病 |
| 4. その他の脳血管疾患 | 12. 貧血 | 20. 肝臓病 |
| 5. 狭心症 | 13. 高血圧 | 21. 胃・十二指腸潰瘍 |
| 6. 心筋梗塞 | 14. 低血圧 | 22. うつ |
| 7. 心不全 | 15. 不整脈 | 23. 骨粗鬆症 |
| 8. 虚血性心疾患 | 16. 高脂血症 | 24. その他【 】 |

◆自覚症状について伺います。

自覚症状がある場合は『1.特記あり』に○をつけ、所見の中から該当する症状の番号に○をつけて下さい。

自覚症状 (1. 特記事項あり 2. 特記事項なし)

(所見)

| | | |
|--------------|---------------|--------------|
| 1. 胸の圧迫感 | 6. 肩こり・腰痛 | 11. 下痢 |
| 2. 心臓の鼓動が激しい | 7. 手足のしびれ感 | 12. 便秘 |
| 3. 動悸がする | 8. めまい・立ちくらみ | 13. 下痢と便秘の両方 |
| 4. 息切れがする | 9. いつも調子が悪い | 14. 痔の傾向がある |
| 5. 不眠 | 10. おなかが張っている | 15. その他【 】 |

◇当院にて記入

他覚症状 (1. 特記事項あり 2. 特記事項なし)

(所見)

| | | | |
|--------------|-----------------|----------------|----------------|
| 1. 顔貌 - 蒼白 | 8. 頸部 - リンパ節腫 | 15. 爪 - 爪異常 | 22. 心音 - 雑音 |
| 2. 顔貌 - 顔色不良 | 9. 頸部 - 静脈怒張 | 16. 脈 - 頻脈 | 23. 呼吸音 - 乾ラ音 |
| 3. 顔貌 - 顔色紅色 | 10. 浮腫 - 顔面（眼瞼） | 17. 脈 - 徐脈 | 24. 呼吸音 - 湿ラ音 |
| 4. 下眼瞼 - 充血 | 11. 浮腫 - 四肢 | 18. 脈 - 結代 | 25. 呼吸音 - 喘鳴 |
| 5. 下眼瞼 - 出血 | 12. 皮膚 - 皮膚炎 | 19. 脈 - リズム不整 | 26. 運動器 - 関節異常 |
| 6. 下眼瞼 - 黄疸 | 13. 皮膚 - 黄疸 | 20. 心音 - 第一音不整 | 27. 運動器 - 運動異常 |
| 7. 下眼瞼 - 貧血 | 14. 皮膚 - 発赤 | 21. 心音 - 第二音不整 | 28. その他【 】 |