

# 特定健康診査質問票

受診日  
平成 年 月 日

フリガナ	健診実施機関名						
氏名		性別	男・女	生年 月日	昭和 年 月 日	年齢	歳

1. 服薬の状況について伺います。現在、次の薬を使っているかどうかを「はい」か「いいえ」でお答えください。  
また、使っているお薬の名前がわかれれば記入してください。

	薬を使っている	薬の名前	
血圧を下げる薬	はい	いいえ	
インスリン注射や 血糖を下げる薬	はい	いいえ	
コレステロールを下げる薬	はい	いいえ	

2. 主な既往歴について伺います。これまで治療をしたことのある病気について、「はい」か「いいえ」でお答えください。

脳血管	脳卒中	はい	いいえ	心疾患	狭心症	はい	いいえ
	脳出血(脳卒中)	はい	いいえ		心筋梗塞	はい	いいえ
	脳梗塞(脳卒中)	はい	いいえ		心不全	はい	いいえ
	その他の脳血管疾患	はい	いいえ		虚血性心疾患	はい	いいえ
腎不全	慢性的な腎不全	はい	いいえ	貧血	その他心疾患	はい	いいえ
	人工透析	はい	いいえ		貧血	はい	いいえ

3. 主な既往歴以外に、これまで治療をしたことのある病気がありましたら、右の空欄に を記入してください。

01	高血圧		05	高尿酸血症		09	胃・十二指腸潰瘍	
02	低血圧		06	腎不全以外の腎疾患		10	うつ	
03	不整脈		07	糖尿病		11	骨粗鬆症	
04	高脂質血症		08	肝臓病				

4. 自覚症状について伺います。次の症状について、「はい」か「いいえ」でお答えください。

01	胸の圧迫感	はい	いいえ	08	頭痛・耳鳴りがする	はい	いいえ
02	動悸や心臓の激しい鼓動	はい	いいえ	09	いつも調子が悪い	はい	いいえ
03	息切れがする	はい	いいえ	10	おなかが張っている	はい	いいえ
04	不眠	はい	いいえ	11	下痢	はい	いいえ
05	肩こり・腰痛	はい	いいえ	12	便秘	はい	いいえ
06	手足のしびれ感	はい	いいえ	13	下痢と便秘の両方	はい	いいえ
07	めまい・立ちくらみ	はい	いいえ	14	痔の傾向がある	はい	いいえ

5. 現在、習慣的にたばこを吸っていますか。

はい	いいえ	毎日飲む	時々飲む	ほとんど飲まない
----	-----	------	------	----------

「習慣的」とは、これまで100本以上、または6ヶ月以上吸っていて、最近1ヶ月以上も吸っている場合をいいます。

7. 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。

利用する	利用しない
------	-------

## 医師の記入欄

診察	特定健診(詳細な健診)を実施する場合の理由				
他覚症状	貧血 1:質問票 2:診察 心電図 1:質問票 2:診察 眼底 1:質問票 2:診察				
検査分野別判定					
血圧	尿	血糖	血中脂質	肝機能	
1:正常 2:異常	1:正常 2:異常	1:正常 2:異常	1:正常 2:異常	1:正常 2:異常	
メタボリックシンドローム判定			医師の判断		
<input type="checkbox"/> 1:基準該当 <input type="checkbox"/> 2:予備群該当 <input type="checkbox"/> 3:非該当 <input type="checkbox"/> 4:判定不能			<input type="checkbox"/> 1:異常認めず <input type="checkbox"/> 2:要観察 <input type="checkbox"/> 3:要指導 <input type="checkbox"/> 4:治療中 <input type="checkbox"/> 5:要医療		
医師の署名:					