


下記問診票について黒のえんぴつまたはボールペンでご記入ください。(フリクションペン、マーカーペンはお控えください)

<b>【個人情報の取り扱い確認】</b>	個人情報につきましては、弊会HPをご参照ください		記号番号	お名前
<input type="checkbox"/> 個人情報の取り扱いに同意します				

下記の質問票の該当項目にレ点チェックでご回答ください。(一部数字回答があります)

**【自覚症状について】** 1ヶ月以上継続している症状についてご回答ください。(複数回答可)

<input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> めまいがする	<input type="checkbox"/> 咳が出る	<input type="checkbox"/> 尿の回数が多い	<input type="checkbox"/> 手がしびれる	<input type="checkbox"/> 足がしびれる
<input type="checkbox"/> 体がだるい	<input type="checkbox"/> 胸痛	<input type="checkbox"/> 耳鳴りがする	<input type="checkbox"/> むくみがある	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 不眠
<input type="checkbox"/> どうき・息切れ	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 不安を感じる	<input type="checkbox"/> 下痢が多い	<input type="checkbox"/> 腰痛・関節痛	<input type="checkbox"/> その他( )

**【病気について】**

※1 主治医の指示のもと、治療・経過観察を行っていることを意味します。自己判断での経過観察、また健診結果の経過観察は該当しません。  
 ※2 病気にかかったことがあるが、治ったり良くなったという意味です。  
 ※3 血縁とは血の繋がりが、親子、兄弟、祖父母の事です。

	ご本人					ご本人					ご本人			
	医師による治療または経過観察 ※1	自己判断による放置	既往(過去の病歴) ※2	家族(血縁) ※3		医師による治療または経過観察 ※1	自己判断による放置	既往(過去の病歴) ※2	家族(血縁) ※3		医師による治療または経過観察 ※1	自己判断による放置	既往(過去の病歴) ※2	家族(血縁) ※3
高血圧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	脳血管疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	耳鼻科疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	狭心症・心筋梗塞	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	眼科疾患	<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"/>	不整脈	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	皮膚疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腎疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	心臓疾患(弁膜症等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	乳腺疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他の泌尿器疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	結核	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	婦人科疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
痛風	<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"/>	<input type="checkbox"/>	神経内科疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
治療または経過観察の方は下記もご回答ください ↓			はい	いいえ	大腸ポリープ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	その他(精神疾患等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
血圧を下げる薬を飲んでいる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	その他の食道・胃・腸管疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	その他の病名をご記入ください				
血糖を下げる薬を飲んでいるか、インスリン注射を打っている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	胆・肝・膵疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	貧血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	大きな病気(1ヶ月以上の療養：入院、手術、通院など)にかかったことはない <input type="checkbox"/>				
人工透析を受けている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	整形外科疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
尿酸を下げる薬を飲んでいる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	甲状腺疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	薬剤アレルギーがある <input type="checkbox"/>				

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、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析)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、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

質問項目	回答	質問項目	回答
現在、たばこを吸っている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	人と比較して食べる速度が速い	<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 遅い
↳ 現在吸っている方	1日の本数 _____ 本		<input type="checkbox"/> 何でも嗜んで食べることができる
	吸い始めてからの年数 _____ 年	食事を嗜んで食べる時の状態はどれにあてはまりますか	<input type="checkbox"/> 歯や歯茎、嗜み合せなど気になる部分があり嗜みにくいことがある
↳ 過去吸っていた方	禁煙してからの年数 _____ 年		<input type="checkbox"/> ほとんど嗜めない
20歳の時の体重から、10Kg以上増加している	<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
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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない
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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	睡眠で休養が十分とれている	<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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> 改善するつもり(予定)はない
お酒を飲む頻度	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々	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	<input type="checkbox"/> 改善するつもりである(概ね6か月以内)
	<input type="checkbox"/> ほとんど飲まない(飲めない)		<input type="checkbox"/> 近いうちに(概ね1か月以内)に改善するつもりであり、少しづつ始めている
飲酒日の1日あたりの飲酒量	<input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1~2合未満		<input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6か月未満)
日本酒1合(180ml)の目安： ・ビール500ml・焼酎25度110ml ・ウイスキーダブル杯60ml・ワイン2杯240ml	<input type="checkbox"/> 2~3合未満 <input type="checkbox"/> 3合以上	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	<input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6か月以上)
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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
朝食を抜くことが週に3回以上ある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		

あなたの業務内容に近い番号を  内にご記入ください。

01 一般事務	04 建設関連	07 清掃関連	10 IT・SE関連
02 技術・研究	05 運輸関連	08 警備・守衛	11 サービス
03 生産・技能	06 営業・販売	09 教職	12 その他

→

女性の方にお伺いします。

<input type="checkbox"/> 妊娠している(X線検査不可)	<input type="checkbox"/> 妊娠の可能性がある(X線検査不可)
<input type="checkbox"/> 現在生理中	<input type="checkbox"/> 該当なし
<input type="checkbox"/> または生理後4日以内	