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)

【個人情報の取り扱い確認】
☐ 個人情報の取り扱いに同意します

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	

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)

☐ 特になし	☐ めまいがする	☐ 咳が出る	☐ 尿の回数が多い	☐ 手がしびれる	☐ 足がしびれる
☐ 体がだるい	☐ 胸痛	☐ 耳鳴りがする	☐ むくみがある	☐ 腹痛	☐ 不眠
☐ どうき・息切れ	☐ 頭痛	☐ 不安を感じる	☐ 下痢が多い	☐ 腰痛・関節痛	☐ 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ある、親子、兄弟、祖父母の事です。

	ご本人 医師による治療または経過観察※1	ご本人 自己判断による放置	ご本人 既往(過去の病歴)※2	家族(血縁)※3
高血圧	☐	☐	☐	☐
糖尿病	☐	☐	☐	☐
脂質異常症	☐	☐	☐	☐
腎疾患	☐	☐	☐	☐
その他の泌尿器疾患	☐	☐	☐	☐
痛風	☐	☐	☐	☐

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
血圧を下げる薬を飲んでいる	☐	☐
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	☐	☐
コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいる。	☐	☐
人工透析を受けている	☐	☐
尿酸を下げる薬を飲んでいる	☐	☐

	ご本人 医師による治療または経過観察※1	ご本人 自己判断による放置	ご本人 既往(過去の病歴)※2	家族(血縁)※3
脳血管疾患	☐	☐	☐	☐
狭心症・心筋梗塞	☐	☐	☐	☐
不整脈	☐	☐	☐	☐
心臓疾患(弁膜症等)	☐	☐	☐	☐
結核	☐	☐	☐	
呼吸器疾患	☐	☐	☐	☐
大腸ポリープ	☐	☐	☐	☐
その他の食道・胃・腸管疾患	☐	☐	☐	☐
胆・肝・膵疾患	☐	☐	☐	☐
貧血	☐	☐	☐	☐
整形外科疾患	☐	☐	☐	
甲状腺疾患	☐	☐	☐	☐

	ご本人 医師による治療または経過観察※1	ご本人 自己判断による放置	ご本人 既往(過去の病歴)※2	家族(血縁)※3
耳鼻科疾患	☐	☐	☐	
眼科疾患	☐	☐	☐	
皮膚疾患	☐	☐	☐	☐
乳腺疾患	☐	☐	☐	☐
婦人科疾患	☐	☐	☐	☐
神経内科疾患	☐	☐	☐	☐
その他(精神疾患等)	☐	☐	☐	☐

その他の病名をご記入ください

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	☐
薬剤アレルギーがある	☐

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	☐ はい	☐ 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	☐ はい	☐ 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	☐ はい	☐ いいえ
医師から、貧血といわれたことがありますか	☐ はい	☐ いいえ

質問項目	回答	
現在、たばこを吸っている	☐ はい	☐ いいえ
↳ 現在吸っている方 1日の本数	＿＿＿ 本	
↳ 現在吸っている方 吸い始めてからの年数	＿＿＿ 年	
↳ 過去吸っていた方 禁煙してからの年数	＿＿＿ 年	
20歳の時の体重から、10Kg以上増加している	☐ はい	☐ いいえ
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	☐ はい	☐ いいえ
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	☐ はい	☐ いいえ
ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い	☐ はい	☐ いいえ
お酒を飲む頻度	☐ 毎日	☐ 時々
	☐ ほとんど飲まない(飲めない)	
飲酒日の1日あたりの飲酒量 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	☐ 1合未満	☐ 1~2合未満
	☐ 2~3合未満	☐ 3合以上
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	☐ はい	☐ いいえ
朝食を抜くことが週に3回以上ある	☐ はい	☐ いいえ

質問項目	回答		
人と比較して食べる速度が速い	☐ 速い	☐ 普通	☐ 遅い
食事を噛んで食べる時の状態はどれにあてはまりますか	☐ 何でも噛んで食べることができる		
	☐ 歯や歯茎、噛み合せなど気になる部分があり噛みにくいことがある		
	☐ ほとんど噛めない		
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	☐ 毎日	☐ 時々	
	☐ ほとんど摂取しない		
睡眠で休養が十分とれている	☐ はい	☐ いいえ	
運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか	☐ 改善するつもり(予定)はない		
	☐ 改善するつもりである(概ね6ヵ月以内)		
	☐ 近いうちに(概ね1ヵ月以内)に改善するつもりであり、少しづつ始めている		
	☐ 既に改善に取り組んでいる(6ヵ月未満)		
	☐ 既に改善に取り組んでいる(6ヵ月以上)		
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	☐ はい	☐ 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。

☐ 妊娠している(X線検査不可)	☐ 妊娠の可能性がある(X線検査不可)
☐ 現在生理中または生理後4日以内	☐ 該当なし