

白井市人間ドック質問票（国民健康保険）

氏名 _____

既往歴	下記の病気について、医師の治療を受けたものはありますか。（該当するものを○で囲んでください）		
	高血圧	無・有【治療中・治療済・放置】	脳血管障害 無・有【治療中・治療済・放置】
	脂質異常症	無・有【治療中・治療済・放置】	貧血 無・有【治療中・治療済・放置】
	糖尿病	無・有【治療中・治療済・放置】	肝機能障害 無・有【治療中・治療済・放置】
	痛風・高尿酸血症	無・有【治療中・治療済・放置】	腎臓病 無・有【治療中・治療済・放置】
	心筋梗塞・狭心症	無・有【治療中・治療済・放置】	腰痛症 無・有【治療中・治療済・放置】
	不整脈	無・有【治療中・治療済・放置】	
	その他	無・有【治療中・治療済・放置】（病名： _____）	
家族歴	血縁（親・兄弟姉妹）で下記の病気にかかった方がいますか。（該当する項目に✓してください）		
	<input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 脂質異常症（高脂血症）
	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 狭心症・心筋梗塞	<input type="checkbox"/> 脳出血・脳梗塞・くも膜下出血 <input type="checkbox"/> 痛風・高尿酸血症
自覚症状	最近3か月間の様子をお答えください。（該当する項目に✓してください）		
	<input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> 息苦しくなる【いつも・時々】	<input type="checkbox"/> 顔、手足のむくみ【いつも・時々】
	<input type="checkbox"/> 胸がしめつけられる【いつも・時々】	<input type="checkbox"/> のどがひどく渇く【いつも・時々】	<input type="checkbox"/> 手足のしびれ【いつも・時々】
	<input type="checkbox"/> どうき、息切れ【いつも・時々】	<input type="checkbox"/> めまい、立ちくらみ【いつも・時々】	<input type="checkbox"/> 尿の回数、量が多い【いつも・時々】
質 問 項 目（該当するものを✓または○で選んでください）			
1	現在、血圧を下げる薬を服用していますか。	はい・いいえ	
2	現在、インスリン注射または血糖を下げる薬を服用していますか。	はい・いいえ	
3	現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用していますか。	はい・いいえ	
4	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか。	はい・いいえ	
5	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか。	はい・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言われたり、治療（人工透析など）を受けていますか。	はい・いいえ	
7	医師から、貧血と言われたことがありますか。	はい・いいえ	
8	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人とは、下記の二つの条件を両方満たしている人です。 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、又は合計100本以上吸っている	はい（条件1・2を両方満たす）・ 以前は吸っていた （条件2のみ満たす）・ いいえ（上記以外）	
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。	はい・いいえ	
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を、週2日以上で1年以上実施していますか。	はい・いいえ	
11	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ますか。	はい・いいえ	
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して、歩く速度は速いですか。	はい・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。 <input type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ほとんどかめない		
14	人と比較して食べる速度は速いですか。	速い・普通・遅い	
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか。	はい・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。	毎日・時々・ ほとんど摂取しない	
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	はい・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」は過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があり、最近1年以上飲酒をしていない方	毎 日・週 5～6 日・ 週 3～4 日・週 1～2 日・ 月に1～3日・月に1日未満・ やめた・飲まない（飲めない）	
19	飲酒日の1日当たり飲酒量はどれくらいですか。（日本酒に換算してお答えください。） 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）	1合未満・1～2合未満・ 2～3合未満・3合～5号未満・ 5号以上	
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	はい・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。 <input type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 近いうちに（概ね1か月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる（6か月以上） <input type="checkbox"/> 改善するつもりである <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる（6か月未満）（概ね6か月以内）		
22	生活習慣の改善について、これまでに保健指導を受けたことがありますか。	はい・いいえ	