人間ドック4泊5日コース　問診票

以下の質問全てに　お答え下さい

健診者名			電話番号	
本人以外連絡先	氏名		電話番号	

お薬（情報）

下記の質問にあてはまるものがあれば、印を付けて下さい。
また③の質問でお薬の名前がわかる方は、記入をお願いいたします。

□ ①現在、糖尿病の治療をうけている
□ ②腎不全や腎機能が悪いと言われたり、腎臓の治療を受けている
□ ③抗血栓薬（血液を固まりにくくする薬）を飲んでいる（薬品名：　　）

現病歴

現在治療中または定期検査や経過観察をしている病名と、いつから、どこの病院にかかっているか、お薬は飲んでいるかをご記入下さい。

病名		何歳～		病院名		内服	有□ ・ 無□
病名		何歳～		病院名		内服	有□ ・ 無□
病名		何歳～		病院名		内服	有□ ・ 無□
病名		何歳～		病院名		内服	有□ ・ 無□

既往歴

今までかかったことや治療したことのある病気や手術歴、治療や手術を受けたのはいつかなどを記入して下さい。

病名		歳	
病名		歳	
病名		歳	
病名		歳	

輸血歴

輸血をうけたことがあるか、受けたことがある場合は病院名といつ受けられたかをご記入ください。

輸血をうけたことが	・□ ある　□ なし	病院名		いつ	

ピロリ菌検査歴

ピロリ菌検査を受けたことがあるか、ある場合はいつ、どこの病院でどのような方法で検査を受けたかをご記入ください。（ピロリ菌検査方法の例・・胃カメラ検査で胃の組織をとって、PCR検査、血液、尿、便等）

ピロリ菌検査を受けたことが	・□ ある ・ □ なし	いつ		検査方法		ピロリ除菌	□あり　□ なし

Q8	ご両親・ご兄弟に　糖尿病・心臓発作・脳卒中にかかった方がいらっしゃいますか？	①□　はい	② □ いいえ
Q9	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」とは、条件1と条件2を両方満たす場合 条件1：最近1ヶ月間吸っている 条件2：生涯で6ヶ月間以上吸っている、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ヶ月間は吸っていない（条件2のみ満たす） ③□ いいえ	
Q10	20歳の時の体重から　10kg以上増加していますか？	①□　はい	②□　いいえ
Q11	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	

Q12	1回30分以上の軽く汗をかく運動を 週2日以上、1年以上続けていますか？	①□ はい	②□ いいえ
Q13	日常生活において 歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上していますか？	①□ はい	②□ いいえ
Q14	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか？	①□ はい	②□ いいえ
Q15	人と比べて 食べる速度が速いですか？	①□ 速い ③□ 遅い	②□ ふつう
Q16	味付けは 塩辛い物や 味の濃いものが好きですか？	①□ はい	②□ いいえ
Q17	寝る前2時間以内に夕食を摂ることが 週に3回以上ありますか	①□ はい	②□ いいえ
Q18	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 ③□ ほとんど摂取しない	②□ 時々
Q19	朝食を抜くことが 週に3回以上ありますか？	①□ はい	②□ いいえ
Q20	お酒（日本酒・焼酎・ビール・洋酒など）を飲みますか？ （※「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が最近１年以上酒類を摂取していない場合。）	①□ 毎日 ②□ 週5～6日 ③□ 週3～4日 ④□ 週1～2日 ⑤□ 月1～3日 ⑥□ 月1日未満 ⑦□ やめた ⑧□ 飲まない（飲めない）	
Q21	飲酒日の1日あたりの飲酒量はどのくらいですか？ 日本酒1合（アルコール度数15度 180ml）の目安は以下のとおり です ＊ ビール 同5度 500ml ＊ 焼酎 同25度 110ml ＊ ウイスキーダブル 同43度 60ml ＊ ワイン 同14度 180ml ＊ 缶チューハイ 同5度 500ml、同7度 350ml	①□ 1合未満 ②□ 1～2合未満 ③□ 2～3合未満 ④□ 3～4合未満 ⑤□ 5合以上	
Q22	睡眠で休養が十分とれていますか？	①□ はい	②□ いいえ
Q23	生活習慣病を改善するつもりはありますか。	①□ 改善するつもりはない ②□ 改善するつもり（概ね6ヶ月以内に） ③□ 近いうち（概ね1ヶ月以内）に改善するつもり、またはすでに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）	
Q24	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
自覚症状	□ ない ・□ ある（ ）		