

健康診断 〈 問診票 〉

かねまきクリニック
〒460-0015
名古屋市中区大井町4-20
TEL:052-321-8201



健診日

企業名

ID :

氏名

1、病歴について

現在治療中のもの、または治療経験がある(既往)ものに☑チェックを入れて下さい。

高血圧症	<input type="checkbox"/>	脳卒中 (脳梗塞・脳出血)	<input type="checkbox"/>	糖尿病	<input type="checkbox"/>	狭心症	<input type="checkbox"/>
心筋梗塞	<input type="checkbox"/>	不整脈	<input type="checkbox"/>	胃・十二指腸潰瘍	<input type="checkbox"/>	肝疾患	<input type="checkbox"/>
脂質異常症	<input type="checkbox"/>	がん	<input type="checkbox"/>	呼吸器疾患	<input type="checkbox"/>	腎疾患	<input type="checkbox"/>
貧血	<input type="checkbox"/>	その他	<input type="checkbox"/> (病名:)				

2、最近1ヵ月間の生活習慣や自覚症状について、当てはまる項目に☑チェックを入れて下さい。

1. 現在、たばこを吸っていますか (吸っている方は1日の本数も記入)	<input type="checkbox"/> 吸っている(1日 本) <input type="checkbox"/> 禁煙した(禁煙して1ヵ月以上) <input type="checkbox"/> 今まで吸ったことがない
2. 20歳時の体重から10kg以上増加していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 現在20歳未満である
3. 仕事以外で1回30分以上の軽く汗をかく運動をしていますか	<input type="checkbox"/> はい (・週に 日以上・継続年数 年) <input type="checkbox"/> いいえ
4. 就寝前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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5. 朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂りますか	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど摂らない
6. 人と比較して食べる速度がはやいですか	<input type="checkbox"/> はやい <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 遅い
7. 1週間でお酒(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	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週に5~6日 <input type="checkbox"/> 週に3~4日 <input type="checkbox"/> 週に1~2日 <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない(飲めない)
8. 飲酒日の1日あたりの飲酒量はどれくらいですか	<input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1~2合未満 <input type="checkbox"/> 2~3合未満 <input type="checkbox"/> 3合以上 <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない(飲めない) それぞれ日本酒の「合」に置き換えて合計をお答えください。 ※日本酒1合(180ml)に相当する目安:ビール500ml、焼酎25度110ml、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)
9. 1日の平均睡眠時間はどれくらいですか	<input type="checkbox"/> 5時間未満 <input type="checkbox"/> 5~9時間未満 <input type="checkbox"/> 9時間以上
10. 睡眠で休養が十分とれていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
11. 便秘について 便秘や下痢をしますか	<input type="checkbox"/> 便秘 (頻度:) <input type="checkbox"/> どちらもない <input type="checkbox"/> 下痢 (頻度:)
12. 胃腸の具合が悪かったり、食欲不振はありますか	<input type="checkbox"/> いつも <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんどない
13. 食事について コンビニ弁当、市販弁当が多いですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
14. 【女性の方のみ】 生理中ですか	<input type="checkbox"/> はい (または、生理終了日より3日以内) <input type="checkbox"/> いいえ (生理終了日より4日以上経過している)