

成田国際空港クリニック 健康診断問診票

フリガナ				
氏名		企業名		
生年月日 (西暦)	年 月 日 (歳)	性別	男・女	記入日
				年 月 日

1. 質問票

次の質問について、該当する項目に してください。

No	質問項目	回答 (<input checked="" type="checkbox"/> チェック)
1	現在、血圧を下げる薬を使用していますか	<input type="checkbox"/> 1: はい <input type="checkbox"/> 2: いいえ
2	現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用していますか	<input type="checkbox"/> 1: はい <input type="checkbox"/> 2: いいえ
3	現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用していますか	<input type="checkbox"/> 1: はい <input type="checkbox"/> 2: いいえ
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり治療を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> 1: はい <input type="checkbox"/> 2: いいえ
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり治療を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> 1: はい <input type="checkbox"/> 2: 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いわれたり治療(人工透析など)を受けていますか	<input type="checkbox"/> 1: はい <input type="checkbox"/> 2: いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがありますか	<input type="checkbox"/> 1: はい <input type="checkbox"/> 2: いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか ※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と2を両方満たす者である 条件1: 最近1カ月間吸っている 条件2: 生涯で6カ月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている	<input type="checkbox"/> 1: はい (条件1と条件2を両方満たす) <input type="checkbox"/> 2: 以前は吸っていたが、最近1カ月間は吸っていない (条件2のみ満たす) <input type="checkbox"/> 3: いいえ(1、2以外)
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか	<input type="checkbox"/> 1: はい <input type="checkbox"/> 2: いいえ
10	1回30分以上の軽い汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか	<input type="checkbox"/> 1: はい <input type="checkbox"/> 2: いいえ
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか	<input type="checkbox"/> 1: はい <input type="checkbox"/> 2: いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか	<input type="checkbox"/> 1: はい <input type="checkbox"/> 2: 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"/> 1: 何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 3: ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速いですか	<input type="checkbox"/> 1: 速い <input type="checkbox"/> 2: ふつう <input type="checkbox"/> 3: 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	<input type="checkbox"/> 1: はい <input type="checkbox"/> 2: 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	<input type="checkbox"/> 1: 毎日 <input type="checkbox"/> 2: 時々 <input type="checkbox"/> 3: 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	<input type="checkbox"/> 1: はい <input type="checkbox"/> 2: いいえ
18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどのくらいですか ※「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者のうち、最近一年以上酒類を摂取していない者	<input type="checkbox"/> 1: 毎日 <input type="checkbox"/> 2: 週5~6日 <input type="checkbox"/> 3: 週3~4日 <input type="checkbox"/> 4: 週1~2日 <input type="checkbox"/> 5: 月に1~3日 <input type="checkbox"/> 6: 月に1日未満 <input type="checkbox"/> 7: やめた <input type="checkbox"/> 8: 飲まない(飲めない)
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量は、どれにあてはまりますか ※日本酒1合当たりの目安(アルコール度数15度・180ml): 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)	<input type="checkbox"/> 1: 1合未満 <input type="checkbox"/> 2: 1~2合未満 <input type="checkbox"/> 3: 2~3合未満 <input type="checkbox"/> 4: 3~5合未満 <input type="checkbox"/> 5: 5合以上
20	睡眠で休養が十分とれていますか	<input type="checkbox"/> 1: はい <input type="checkbox"/> 2: 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"/> 1: 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 2: 改善するつもりである(概ね6ヶ月以内) <input type="checkbox"/> 3: 近いうちに(概ね1ヶ月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている <input type="checkbox"/> 4: 既に改善に取り組んでいる(6か月未満) <input type="checkbox"/> 5: 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)
22	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	<input type="checkbox"/> 1: はい <input type="checkbox"/> 2: いいえ

※裏面も記入してください。

2. 既往歴

- ・かかった病気を下記の表から選択し、既往歴欄にコード/発症年齢/現況(転帰)を記入してください。(右詰)
- ・既往歴が無い場合は、既往歴欄に「0」(既往歴なし)を記入してください。(右詰)
- ・下記の表以外にかかった病気がある場合、【その他病名】枠内に記入してください。
- ・現況(転帰)枠には、次の1~4の数字を記入してください。 1: 治癒 2: 服薬なし治療中 3: 服薬あり治療中 4: 中止

既往歴欄	病名	発症年齢	現況(転帰)	病名	発症年齢	現況(転帰)	病名	発症年齢	現況(転帰)
	例) 白内障を60歳で発症、服薬なし治療中								
	7	60	2						
	【その他病名】()								

0: 既往歴なし	16: 気管支ぜんそく	32: 大腸ポリープ	48: 血液疾患
1: 脳腫瘍	17: 気管支拡張症	33: 虫垂炎	49: 貧血
2: 脳梗塞	18: 慢性気管支炎	34: 痔	50: 痛風・高尿酸血症
3: クモ膜下出血	19: 高血圧	35: 胆石症	51: 神経痛
4: 脳出血	20: 狭心症	36: 胆のうポリープ	52: うつ病
5: 一過性脳虚血発作	21: 心筋梗塞	37: 慢性膵炎	53: 扁桃腺炎
6: 緑内障	22: 心房中隔欠損症	38: B型肝炎	54: 子宮頸がん
7: 白内障	23: 心室中隔欠損症	39: C型肝炎	55: 子宮体がん
8: 糖尿病性網膜症	24: 心臓弁膜症	40: 肝硬変	56: 卵巣嚢腫(腫瘍)
9: その他の眼科疾患	25: 不整脈	41: 腎炎・ネフローゼ	57: 子宮内膜症
10: 甲状腺機能低下症	26: 食道がん	42: 腎結石	58: 子宮筋腫
11: 甲状腺機能亢進症	27: 胃がん	43: 尿路結石	59: 子宮細胞診異常
12: 結核・胸膜炎	28: 胃潰瘍	44: 前立腺がん	60: 乳がん
13: 肺がん	29: 胃ポリープ	45: 前立腺肥大	61: 乳腺症
14: 肺線維症	30: 十二指腸潰瘍	46: 高脂血症	62: 更年期障害
15: 肺気腫	31: 大腸がん	47: 糖尿病	63: 関節リウマチ

3. 自覚症状

- ・症状がある場合は、下表のコードを自覚症状欄に記入。症状がなければ「0」と記入してください(右詰)。
- ・下記の表以外の症状がある場合、【その他症状】枠内に記入してください。

自覚症状欄	例)								
	眠れない場合	2							
	【その他症状】() ※最大6個まで								

0: 自覚症状なし	12: 手足がしびれる	23: 食後にみぞおちが痛むことがある
1: いらいらする、不安を感じる	13: 手足がむくむ	24: 下腹部が張ったり痛みを感じる
2: 眠れない	14: 息切れがする	25: 便秘する
3: 頭が痛い、重い	15: 動悸や脈の乱れがある	26: 下痢する
4: 身体が疲れやすい、だるい	16: 胸の痛み、違和感、締め付けられる様な感じがする	27: 便に血が混じる
5: のどが渇く	17: 咳や痰がでる	28: 尿の出が悪くなった
6: やせてきた	18: 吐き気がある	29: 尿の回数が多い
7: 太ってきた	19: 食欲がない	30: 排尿時に違和感がある
8: 目が疲れたり、かすんだりする	20: 胸やけ、胃もたれがある	31: 背中や肩が張る
9: めまいや立ちくらみがする	21: 食物が飲み込みにくい	32: 腰痛がある
10: 耳が聞こえにくい	22: 空腹時にみぞおちが痛むことがある	33: 関節痛がある
11: 耳鳴がする		34: 皮膚にできものが出やすい

4. 業務歴：過去の業務歴について、該当する項目を選択してください。業務歴がある場合は、年数も記載してください。

No	質問項目	回答(選択及び記入)
1	これまで、有害業務(※)に従事したことはありますか(前職も含む) ※ 有害業務：粉じん作業、有機溶剤取扱い作業、鉛取扱い作業、特定化学物質取扱い作業、放射線にさらされる作業、騒音職場	<input type="checkbox"/> はい(具体的に) () 年 <input type="checkbox"/> いいえ

5. 女性の方への質問：次の質問について、該当する項目にチェックもしくは記入してください。

No	質問項目	回答(チェックもしくは記入)
1	最終月経はいつですか	<input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日から <input type="text"/> 日間
2	現在、妊娠中または妊娠している可能性がありますか	<input type="checkbox"/> 1: はい <input type="checkbox"/> 2: いいえ
3	現在、生理中ですか	<input type="checkbox"/> 1: はい <input type="checkbox"/> 2: いいえ
4	閉経していますか	<input type="checkbox"/> 1: はい <input type="checkbox"/> 2: いいえ