

健診問診票 (あてはまるものに チェックをいれてください)

年 月 日 ID

氏名	(フリガナ)	住所 〒	市・町
生年月日	男・女	電話番号	
明・大・昭・平	年 月 日生 才		
1	現在常用している内服薬および外用薬はありますか？ 【 <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい 】 はいとお答えの方はあてはまるものに <input checked="" type="checkbox"/> チェックを入れて()に薬の名前を記入してください。 <input type="checkbox"/> 血圧を下げる薬 ・ <input type="checkbox"/> 血糖値を下げる薬、または注射 ・ <input type="checkbox"/> コレステロールを下げる薬 ・ <input type="checkbox"/> その他 ()		
2	医師から、心臓病 (狭心症、心筋梗塞等)にかかっていると診断されたり、治療を受けたことがありますか？ 【 <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい 】		
3	医師から、脳卒中 (脳出血、脳梗塞等)にかかっていると診断されたり、治療を受けたことがありますか？ 【 <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい 】		
4	医師から、慢性の腎不全にかかっていると診断されたり、治療 (人工透析) を受けたことがありますか？ 【 <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい 】		
5	医師から、貧血と診断されたことはありますか？ 【 <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい 】		
6	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか？ 【 <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい 】		
7	1回30分以上の軽く汗をかく運動で週2日以上を継続して1年以上行っていますか？ 【 <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい 】		
8	日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上行っていますか？ 【 <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい 】		
9	ほぼ同じ年齢の同性と比較して、歩く速度は速いですか？ 【 <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい 】		
10	この1年間で体重の増減は±3kg以上ありましたか？ 【 <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい 】		
11	人と比較して食べる速度は速いですか？ 【 <input type="checkbox"/> 早い ・ <input type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 遅い 】		
12	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"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい 】		
13	夕食後に間食 (3食以外の夜食)をとることが週に3回以上ありますか？ 【 <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい 】		
14	朝食を抜く日が週に3回以上ありますか？ 【 <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい 】		
15	お酒 (清酒、焼酎、ビール、洋酒など)は飲みますか？ 【 <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい ・ ほとんど飲まない (飲めない) 】		
16	睡眠で休養が十分とれていますか？ 【 <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい 】		
17	運動や始めたり食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。 ※複数回答可能 <input type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 改善するつもりである (概ね6か月以内) <input type="checkbox"/> 近いうちに (概ね1か月以内)に実行するつもりであり、少しづつ始めている <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる (6か月未満) <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる (6か月以上)		
18	生活習慣についてお答えください 【酒】 <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む (毎日・週 回・ mL)ビール・焼酎・日本酒・その他 () 【たばこ】 <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (1日 本) 【カフェイン】 <input type="checkbox"/> 摂取なし <input type="checkbox"/> 摂取あり (毎日・週 回・ 杯)コーヒー・紅茶・緑茶・コーラ・その他 () 【運転】 <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する (仕事で毎日・通勤で毎日・休日のみ・その他 ()) 【食事】 <input type="checkbox"/> 規則的 <input type="checkbox"/> 不規則 (具体的に: 1日 食、)		
19	女性の方のみお答えください 現在生理中ですか？ 【 <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい 】 ・ 現在妊娠中ですか？ 【 <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい [月] 現在授乳中ですか？ 【 <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい 】 ・ 妊娠の可能性はありますか？ 【 <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい 】		
20	家族の方の病歴についてお答えください <input type="checkbox"/> がん (続柄:) <input type="checkbox"/> 高血圧 (続柄:) <input type="checkbox"/> 脳血管障害 (続柄:) <input type="checkbox"/> 心臓病 (続柄:) <input type="checkbox"/> 糖尿病 (続柄:) <input type="checkbox"/> 呼吸器病 (続柄:) <input type="checkbox"/> 結核 (続柄:) <input type="checkbox"/> 胃腸病 (続柄:) <input type="checkbox"/> 肝臓病 (続柄:) <input type="checkbox"/> 腎臓病 (続柄:) <input type="checkbox"/> 痛風 (続柄:) <input type="checkbox"/> リウマチ (続柄:) <input type="checkbox"/> その他 () (続柄:)		
21	現在、または過去にかかっていると診断されたり、治療を受けたことのある病名をお書きください 現在 [] 過去 []		
22	過去に健康診断を受けて異常を指摘されたり指導を受けたことはありますか？ 【 <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい 】 はいとお答えの方は、その時受けた異常や指摘の内容をご記入ください。 []		
23	検査の目的はなんですか？ <input type="checkbox"/> 会社に提出 <input type="checkbox"/> 保険加入のため <input type="checkbox"/> 学校に提出 <input type="checkbox"/> 健康管理のため <input type="checkbox"/> その他 ()		
24	会社提出の方は業務内容を教えてください 職種 / 業種 () 業務内容 []		
25	当院でご興味のある治療やご相談したいことはございますか？ (複数回答可) ① <input type="checkbox"/> 禁煙 ② <input type="checkbox"/> ダイエット ③ <input type="checkbox"/> 体質改善、疲労回復、アンチエイジング ④ <input type="checkbox"/> プラセンタ注射 ⑤ <input type="checkbox"/> にんにく注射 ⑥ <input type="checkbox"/> サプリメント ⑦ <input type="checkbox"/> にきび、にきびあと治療 ⑧ <input type="checkbox"/> しみ ⑨ <input type="checkbox"/> しわ ⑩ <input type="checkbox"/> たるみ ⑪ <input type="checkbox"/> わきが ⑫ <input type="checkbox"/> 脱毛 ⑬ <input type="checkbox"/> 育毛 ⑭ <input type="checkbox"/> 加圧トレーニング ⑮ <input type="checkbox"/> 心療内科 ⑯ <input type="checkbox"/> その他 ()		
26	ヒロクリニックを何で知りましたか？ <input type="checkbox"/> 以前通院したことがある <input type="checkbox"/> バス広告 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> タウンページ <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 紹介 (知人・家族) <input type="checkbox"/> その他 ()		
27	当院での生活習慣の改善プログラムを受ける機会があれば利用したいと思いませんか？ <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい		

お答えいただき有難う御座いました。

ヒロクリニック 内科・健康診断