

問診項目質問票

お手数ですが、以下の質問項目についてご回答をお願い申し上げます。

記号・番号	(記号) — (番号)
事業所名	受診者氏名

●下記質問項目について、該当する場合は☑をご記入ください。質問①～③について、☑記載がないものは「なし」として取り扱い、④⑤について記載がないものは「症状なし」として取り扱います。

(ご提出いただく健診結果票に記載のある項目は記入不要です)

	質問項目
①服薬歴	☐ 現在、血圧を下げる薬を飲んでいる ☐ 現在、インスリン注射または血糖を下げる薬を飲んでいる ☐ 現在、コレステロールまたは中性脂肪を下げる薬を飲んでいる
②喫煙歴	喫煙歴がある場合、以下の条件をご確認いただき、どちらかに☑を入れてください。 条件 1 最近 1 か月吸っている 条件 2 生涯で 6 か月以上吸っている、または合計 100 本以上吸っている ☐ 現在、タバコを習慣的に吸っている (条件 1 と 2 を満たす) ☐ 以前は吸っていたが、最近一か月は吸っていない (条件 2 のみ満たす)
③既往歴	以下の病気にかかったことがある、もしくは治療を行ったことがある (ある場合は病名に☑をしてください。) ☐ 脳卒中 (脳出血、脳梗塞等) ☐ 心臓病 (狭心症、心筋梗塞等) ☐ 慢性腎臓病・腎不全
④自覚症状	本人が知覚する症状がある (症状名: _____)
⑤他覚症状	医師や他人がわかる症状がある (症状名: _____)
⑥検査前食事について	食後 10 時間を経過していない場合、いずれかに☑をしてください。☑がない場合は、食後 10 時間以上経過しているものとして取り扱います。 ☐ 食後 3.5 時間～10 時間未満 ☐ 食後 3.5 時間未満
⑦健診結果票に <u>腹囲/身長/体重</u> の記載がない場合、右欄にご記入ください。 ※腹囲は自己測定値でも可 【腹囲の自己測定方法】立った状態で軽く息を吐き、へその高さで測定	腹囲 (c m) 身長 (c m) 体重 (k g)