

# 健康診断質問票

フリガナ				年	月	日
氏名				性別	男 ・ 女	
				年齢	歳	ヶ月
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成			年	月	日生
住所	〒 -					
電話番号	ご自宅 ( )		携帯電話 ( )			
勤め先 ・ 学校	名称		電話番号 ( )			

**1. 現在、薬を服用している。**

はい ( 血圧 ・ 糖尿病 ・ コレステロール ・ その他 )      いいえ

**2. 治療を受けたことがある。**

はい ( 脳卒中 ・ 心臓病 ・ 慢性腎不全 ・ その他 )      いいえ

**3. 医師から、貧血と言われたことがある。**

はい      いいえ

**4. 現在、たばこを習慣的に吸っている。**

(\*「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヵ月間も吸っている者)

はい      いいえ

**5. 20歳の時の体重から10kg以上増加している。**

はい      いいえ

**6. 毎日歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施。**

はい      いいえ

**7. ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い**

はい      いいえ

**8. この1年間で体重の増減が±3kg以上あった。**

はい      いいえ

**9. 人と比較して食べる速度が速い**

はい      いいえ

**10. 夕食後に間食(3食以外の夜食)が週に3回以上ある。**

はい      いいえ

**11. 朝食を抜くことが週に3回以上ある。**

はい      いいえ

**12. お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度**

毎日      時々      飲まない

**13. 飲酒日の1日当たりの飲酒量。**

1合未満      1～2合未満      2～3合未満      3合以上

**14. 睡眠で休養が十分とれている。**

はい      いいえ

\* 当院は何でお知りになりましたか？

看板を見て      他院からの紹介      家族 ・ 知人      ホームページ      その他( )