

健康診断質問票

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

1. 現在、薬を服用している。	① はい (血圧・糖尿病・コレステロール・その他) ② いいえ
2. 現在治療を受けている。	① はい (脳卒中・心臓病・慢性腎不全・その他) ② いいえ
3. 医師から、貧血と言われたことがある。	① はい ② いいえ
4. 現在、たばこを習慣的に吸っている。	① はい ② いいえ
(*「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ヶ月間も吸っている者)	
5. 20歳の時の体重から10kg以上増加している。	① はい ② いいえ
6. 毎日歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施している。	① はい ② いいえ
7. ほぼ同じ年齢の同姓と比較して、歩く速度が速い。	① はい ② いいえ
8. この1年間で体重の増減が±3kg以上あった。	① はい ② いいえ
9. 人と比較して食べる速度が速い。	① はい ② いいえ
10. 夕食後の間食(3食以外の夜食)が週に3回以上ある。	① はい ② いいえ
11. 朝食を抜くことが週に3回以上ある。	① はい ② いいえ
12. お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度は。	① 毎日 ② 時々 ③ 飲まない
13. 飲酒日の1日当たりの飲酒量は。	① 1合未満 ② 1～2合未満 ③ 2～3合未満 ④ 3合以上
14. 睡眠で、休養が十分とれている。	① はい ② いいえ
* 当院は何でお知りになりましたか？	
① 看板を見て ② 他院からの紹介 ③ 家族・知人に聞いて	
④ ホームページを見て ⑤ その他()	