

勤医協札幌北区

ぽぷらクリニック

①

事業所名

健診日

カルテ番号

健診コース

採血時間 空腹時・食後 () 時間

①、②ページの太枠線内を記入して下さい。住所等変更がある場合訂正して下さい

フリガナ		生年月日
氏名	様	歳
住所	電話番号	

I、お仕事について

過去のお仕事

現在のお仕事 (具体的に)

II、女性にお尋ねします

現在、生理中ですか？ 1、はい 2、いいえ

現在、妊娠中ですか？
または、妊娠している
可能性がありますか？ 1、はい 2、いいえ
妊娠中の方はレントゲン 検査ができません

III、最近、以下の症状はありませんか。 該当項目に○印をつけて下さい。

- | | |
|-------------------|----------------------------|
| 1. 意識を失って倒れたことがある | 7. こりや痛みがある (首、肩、背中、腰、手、足) |
| 2. 胸の痛みやしめつけ感がある | 8. 腹・下腹の痛みがある |
| 3. 動悸・息切れが激しい | 9. (下痢・便秘) をする |
| 4. 脈が乱れたり、とんだりする | 10. 尿の回数が多い |
| 5. せきやたんがでる | 11. 顔、手足がむくむ |

その他の症状や心配なことがあれば、具体的に書いてください

IV、計測 (担当職員が計測後に記入しますので、事前に書き込まないで下さい。)

身長	. cm	体重	. kg	聴力	(右) 1000 Hz	所見有り ・ 所見無し
血圧	/	腹囲	cm		(右) 4000 Hz	所見有り ・ 所見無し
視力	裸眼 (矯正)	右	. (.)		(左) 1000 Hz	所見有り ・ 所見無し
		左	. (.)		(左) 4000 Hz	所見有り ・ 所見無し
色覚	正常 ・ 色弱 ・ 色盲			検査方法	1. オージオ 2. その他	

V、本人の病歴について

※本人の現病歴・過去病歴を記入してください。
該当する項目に○印をつけてください。

病名	現在通院中		放置	治った	医療機関名
	薬有	薬無			
1 高血圧					
2 糖尿病					
3 高脂血症					
4 高尿酸血症					
5 肝臓病					
6 心臓病					
7 肺の病気					
8 胃腸の病気					
9 甲状腺の病気					
10 腎臓病の病気					
11 脳血管障害					
12 その他					
13 手術歴	有・無 部位()				

VI、家族の病歴について

※家族の病歴を記入してください。
該当する項目に○印をつけてください。

②

病名	父母	兄弟・姉妹	祖父母
1 高血圧			
2 糖尿病			
3 心臓病			
4 脳血管障害			
5 肺がん			
6 胃がん			
7 大腸がん			
8 乳がん			
9 子宮がん			
10 その他			

VII、生活習慣について

該当する項目に○印をつけてください。

たばこについて

- 1日に1～19本すっている(本× 年間/日)
- 1日に20本以上すっている(本× 年間/日)
- すったことがない
- 禁煙をした。(本× 年間/日)

アルコールについて

1. ふだんは飲まない
2. 週に4日以上
3. 週に5日以上
(ビール・日本酒・ウイスキー・焼酎)

運動について

1. 週に3回は実行
2. 週に1～2回実行
3. これ以下

食事回数について

1. 1日1食
2. 1日2食
3. 1日3食、規則的
()を抜くことが多い

睡眠時間について

1. 毎日8時間以上
2. 毎日6～8時間以位
3. 毎日6時間以下

食品接種について

卵類について

1. あまり食べない
2. 週に2～3回は食べる
3. 1日に1個は食べる

野菜類について

1. あまり食べない
2. 1日に1回は食べる
3. ほとんど毎食食べる

塩分について

1. うす味
2. ふつう
3. 濃い味

甘味・ジュース類について

1. あまり飲まない
2. 週に2～3回は飲む
3. 1日に1本は飲む

特定健診問診票

③

患者コード _____

氏名 _____

問診項目		回答	
1-3 現在、a からcの薬の使用の有無			
1	a. 血圧を下げる薬	1. はい	2. いいえ
2	b. インスリン注射又は血糖を下げる薬	1. はい	2. いいえ
3	c. コレステロールを下げる薬	1. はい	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。	1. はい	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。	1. はい	2. いいえ
6	医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析)を受けたことがありますか。	1. はい	2. いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがある。	1. はい	2. いいえ
8	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ヶ月間も吸っている者)	1. はい	2. いいえ
9	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
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施	1. はい	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	1. はい	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	1. はい	2. いいえ
13	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
14	人と比較して食べる速度が速い。	21. 速い 22. ふつう 23. 遅い	
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。	1. はい	2. いいえ
16	夕食後に間食(3食以外の夜食)をとることが週に3回以上ある。	1. はい	2. いいえ
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	1. はい	2. いいえ
18	お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度	41. 毎日 42. 時々 43. ほとんど飲まない(飲めない)	
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量清酒1合(180ml)の目安:ビール中瓶1本(約500ml)、焼酎35度(80ml)、ウイスキーダブル杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	51. 1合未満 52. 1~2合未満 53. 2~3合未満 54. 3合以上	
20	睡眠で休養が十分とれている。	1. はい	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。	61.改善するつもりはない 62.改善するつもりである(概ね6か月以内) 63.近いうちに(概ね1か月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている 64.既に改善に取り組んでいる(6か月未満) 65.既に改善に取り組んでいる(6か月以上)	
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	1. はい	2. いいえ

最後に食事をしてから10時間以上経っている。

1. はい 2. いいえ