

受診券シールをここへ貼付してください。

**有効期限 令和6年2月29日 (木)**

氏名

電話番号  
(携帯優先)

\*必ず記入してください

( )

医療  
機関名  
所在地  
医師名

以下の質問項目につきましてご回答ください。

健診受診日

令和

年

月

日

質問項目

回答 (いずれか1つに☑)

服薬	現在、次のAからCの薬を医師からの処方で服用していますか。					
	A	血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
	B	血糖を下げる薬又はインスリン注射	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
	C	コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
既往歴	次の病気について、今まで医師から診断や治療を受けたことがありますか。					
		脳卒中 (脳出血、脳梗塞など)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
		心臓病 (狭心症、心筋梗塞など)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
		慢性の腎臓病や腎不全	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
		貧血	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
日常生活	あなたの現在の健康状態はいかがですか。		<input type="checkbox"/> よい	<input type="checkbox"/> まあよい	<input type="checkbox"/> ふつう	
			<input type="checkbox"/> あまりよくない	<input type="checkbox"/> よくない		
	毎日の生活に満足していますか。		<input type="checkbox"/> 満足	<input type="checkbox"/> やや満足	<input type="checkbox"/> やや不満	<input type="checkbox"/> 不満
	1日3食きちんと食べていますか。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
	半年前に比べて固いもの(さきいか、たくあんなど)が食べにくくなりましたか。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
	お茶や汁物等でむせることがありますか。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
	この1年間に転んだことがありますか。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされていますか。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
	今日が何月何日かわからない時がありますか。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
	あなたはたばこを吸いますか。 (加熱式たばこや、電子たばこを含む)		<input type="checkbox"/> 吸っている	<input type="checkbox"/> 吸っていない	<input type="checkbox"/> やめた	
	お酒を飲む頻度はどのくらいですか。		<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> ほとんど飲まない	
	週に1回以上は外出していますか。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
ふだんから家族や友人と付き合いがありますか。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
最後の食事 (間食を含む) から10時間以上過ぎていますか。		<input type="checkbox"/> 10時間以上	<input type="checkbox"/> 10時間未満			