

【別紙3】

健康診断問診票（千葉市教育委員会）

記入年月日	20 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
学校・所属名	
職員番号(6桁)	
氏名(漢字)	
氏名(カナ)	
性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
生年月日(西暦)	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日

既往歴 ※裏面の既往歴病名コードから選んで記入してください

傷病名	受療状況	発症
1	<input type="radio"/> 服薬中 <input type="radio"/> 通院(服薬なし) <input type="radio"/> 治療中断 <input type="radio"/> 治癒(受診不要)	<input type="radio"/> CL <input type="radio"/> 年
2	<input type="radio"/> 服薬中 <input type="radio"/> 通院(服薬なし) <input type="radio"/> 治療中断 <input type="radio"/> 治癒(受診不要)	<input type="radio"/> CL <input type="radio"/> 年
3	<input type="radio"/> 服薬中 <input type="radio"/> 通院(服薬なし) <input type="radio"/> 治療中断 <input type="radio"/> 治癒(受診不要)	<input type="radio"/> CL <input type="radio"/> 年
4	<input type="radio"/> 服薬中 <input type="radio"/> 通院(服薬なし) <input type="radio"/> 治療中断 <input type="radio"/> 治癒(受診不要)	<input type="radio"/> CL <input type="radio"/> 年
5	<input type="radio"/> 服薬中 <input type="radio"/> 通院(服薬なし) <input type="radio"/> 治療中断 <input type="radio"/> 治癒(受診不要)	<input type="radio"/> CL <input type="radio"/> 年

飲酒習慣

頻度	<input type="radio"/> (ほほ)毎日飲む	<input type="radio"/> 時々飲む	<input type="radio"/> (ほとんど)飲まない	<input type="radio"/> CL	
⇒飲む場合：普段の飲酒量	<input type="radio"/> 1合未満	<input type="radio"/> 1～2合未満	<input type="radio"/> 2～3合未満	<input type="radio"/> 3合以上	<input type="radio"/> CL

喫煙習慣

喫煙状況	<input type="radio"/> 吸わない	<input type="radio"/> 1か月以上前にやめた	<input type="radio"/> 吸う(今までに100本以上、又は6か月以上吸っている)	<input type="radio"/> CL
⇒吸う場合(やめてから1か月以内を含む)	1日平均本数	<input type="text"/> 本	吸っている期間	<input type="text"/> 年

自覚症状 ※必ずいづれかに✓して下さい。

<input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> めまいがする	<input type="checkbox"/> 失神発作がある	<input type="checkbox"/> 動悸・息切れがする
<input type="checkbox"/> 脈が乱れる	<input type="checkbox"/> 胸が痛む	<input type="checkbox"/> 全身の疲労感が強い	<input type="checkbox"/> よく眠れない
<input type="checkbox"/> 腹痛がする	<input type="checkbox"/> せき・たんがよく出る	<input type="checkbox"/> この1年で体重が3kg以上増減した	

健康診査質問票

●人と比較して食べる速度が速いですか	<input type="radio"/> 速い	<input type="radio"/> 普通	<input type="radio"/> 遅い	<input type="radio"/> CL
●20歳の時の体重よりも10kg以上増加していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> CL	
●1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上、1年以上実施していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> CL	
●日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> CL	
●ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> CL	
●就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> CL	
●朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> CL	
●朝食を抜くことが週に3回以上ありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> CL	
●睡眠で休養が十分とっていますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> CL	
●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	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> CL	
●運動や食生活を改善してみようと思いますか	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> 改善するつもり	<input type="radio"/> 改善するつもり(6ヶ月以内)	<input type="radio"/> 改善するつもり(1ヶ月以内)
	<input type="radio"/> すでに取り組んでいる(1ヶ月以上)	<input type="radio"/> すでに取り組んでいる(6ヶ月以上)		<input type="radio"/> CL

※裏面の既往歴病名コードを確認してください。



<既往歴病名コード> ※既往歴の傷病名はここから選んで記入してください。

1	高血圧症
2	糖尿病（インスリン注射含）
3	脂質異常症
4	脳卒中（脳出血、脳梗塞等）
33	狭心症
34	心筋梗塞
35	不整脈
6	その他の心疾患
7	貧血症
8	他の血液疾患（血友病、血小板減少症等）
9	慢性腎臓病・腎不全（人工透析含）
10	他の腎疾患
11	甲状腺疾患（機能亢進症・低下症等）
12	痛風・高尿酸血症
13	肝疾患
14	眼疾患（白内障、緑内障等）
15	結核
16	呼吸器疾患（喘息等）
17	肺疾患
18	尿路結石
19	胆石
20	他の胆嚢疾患
21	胃腸疾患
22	耳疾患
27	悪性腫瘍（肺）
28	悪性腫瘍（胃）
29	悪性腫瘍（大腸）
30	悪性腫瘍（乳房）
31	悪性腫瘍（子宮）
32	他の悪性腫瘍