

# 質問票

受診日:  /  /  ID.

事業所名	健康保険証番号
所属	
フリガナ	性別
氏名	男・女
生年月日 T・S・H	年 月 日 年齢 歳
コース名	A B 協 成 深A 深B 東A1 東B

既往歴・治療中 病名コード表		
1. 脳腫瘍	23. 心室中隔欠損症	45. 前立腺がん
2. 脳梗塞	24. 心臓弁膜症	46. 前立腺肥大
3. クモ膜下出血	25. 不整脈	47. 高脂血症
4. 脳出血	26. 食道がん	48. 糖尿病
5. 一過性脳虚血発作	27. 胃がん	49. 血液疾患
6. 緑内障	28. 胃潰瘍	50. 貧血
7. 白内障	29. 胃ポリープ	51. 痛風・高尿酸血症
8. 糖尿病性網膜症	30. 十二指腸潰瘍	52. 神経痛
9. その他の眼科疾患	31. 大腸がん	53. うつ病
10. 甲状腺機能低下症	32. 大腸ポリープ	54. 扁桃腺炎
11. 甲状腺機能亢進症	33. 虫垂炎	55. 子宮頸がん
12. 結核・胸膜炎	34. 痔	56. 子宮体がん
13. 肺がん	35. 胆石症	57. 卵巣嚢腫(腫瘍)
14. 肺線維症	36. 胆のうポリープ	58. 子宮内膜症
15. 肺気腫	37. 慢性膵炎	59. 子宮筋腫
16. 気管支ぜんそく	38. 肝がん	60. 子宮細胞診異常
17. 気管支拡張症	39. B型肝炎	61. 乳がん
18. 慢性気管支炎	40. C型肝炎	62. 乳腺症
19. 高血圧	41. 肝硬変	63. 更年期障害
20. 狭心症	42. 腎炎・ネフローゼ	64. 関節リウマチ
21. 心筋梗塞	43. 腎結石	
22. 心房中隔欠損症	44. 尿路結石	

現在治療中の病気で薬を飲んでいますか	
1. 飲んでいる	2. 飲んでいない

家族歴 病名コード表			
2. 脳梗塞	20. 狭心症	38. 肝がん	57. 卵巣嚢腫(腫瘍)
3. クモ膜下出血	21. 心筋梗塞	45. 前立腺がん	61. 乳がん
4. 脳出血	26. 食道がん	48. 糖尿病	
13. 肺がん	27. 胃がん	55. 子宮頸がん	
19. 高血圧	31. 大腸がん	56. 子宮体がん	

自覚症状 コード表		
1. せきがでる	6. めまいや立ちくらみがする	11. 食後にみぞおちが痛むことがある
2. 疲れがひどい	7. 下痢が多い	12. 下腹部が張ったり痛みを感じる
3. 最近急にやせてきた	8. 頭が痛い、重い	13. 吐き気がする
4. 動悸や脈の乱れがある	9. 胸が痛い	14. 手足のむくみ
5. 息切れがする	10. 空腹時にみぞおちが痛むことがある	15. 耳鳴り

下記の質問事項について、回答欄の口に/をつけてください。  
 また、既往歴・治療中・家族歴・自覚症状は番号を回答欄にご記入ください。  
 (但し、空欄の場合は「いいえ」又は「特になし」とみなされます。)

記入例 チェック  数字  1

太枠内にご記入願います

質問事項	回答欄																				
2. 今までにかかった病気はありますか ※「1.はい」の場合は既往歴・治療中病名コード表の該当する番号と かかった年齢を回答欄に記入して下さい	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. はい</td> <td><input type="checkbox"/> 2. いいえ</td> <td>その他の病名</td> <td>年齢</td> </tr> <tr> <td>病名1 年齢</td> <td>病名2 年齢</td> <td>病名3 年齢</td> <td>その他の病名 年齢</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ	その他の病名	年齢	病名1 年齢	病名2 年齢	病名3 年齢	その他の病名 年齢												
<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ	その他の病名	年齢																		
病名1 年齢	病名2 年齢	病名3 年齢	その他の病名 年齢																		
3. 現在治療中の病気はありますか ※「1.はい」の場合は既往歴・治療中病名コード表の該当する番号と かかった年齢を回答欄に記入し、病気の治療で薬を飲んでいるかを 左コード表から選び、記入して下さい	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. はい</td> <td><input type="checkbox"/> 2. いいえ</td> <td>その他の病名</td> <td>年齢</td> <td>薬</td> </tr> <tr> <td>病名1 年齢</td> <td>病名2 年齢</td> <td>病名3 年齢</td> <td>その他の病名</td> <td>年齢</td> </tr> <tr> <td>薬</td> <td>薬</td> <td>薬</td> <td>その他の病名</td> <td>年齢</td> </tr> <tr> <td>薬</td> <td>薬</td> <td>薬</td> <td>その他の病名</td> <td>年齢</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ	その他の病名	年齢	薬	病名1 年齢	病名2 年齢	病名3 年齢	その他の病名	年齢	薬	薬	薬	その他の病名	年齢	薬	薬	薬	その他の病名	年齢
<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ	その他の病名	年齢	薬																	
病名1 年齢	病名2 年齢	病名3 年齢	その他の病名	年齢																	
薬	薬	薬	その他の病名	年齢																	
薬	薬	薬	その他の病名	年齢																	
4. 現在、血圧を下げる薬を使用していますか	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ																				
5. 現在、インスリン注射又は血糖を下げる薬を使用していますか	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ																				
6. 現在、コレステロールを下げる薬を使用していますか	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ																				
7. 脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかって治療を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ																				
8. 心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかって治療を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ																				
9. 慢性の腎不全にかかって治療を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ																				
10. 貧血といわれたことがありますか	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ																				
11. 現在、たばこを習慣的に吸っていますか ※「1.はい」の場合は一日の本数、喫煙年数を記入して下さい	<input type="checkbox"/> 1. はい 1日 <input type="text"/> 本 通算 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 2. いいえ																				
12. 20歳の時の体重から10kg以上増加している	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ																				
13. 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ																				
14. 日常生活において歩行又は同等の身体運動を1日1時間以上実施している	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ																				
15. ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ																				
16. この1年間で体重の増減が±3kg以上あった	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ																				
17. 人と比較して食べる速度が速い	<input type="checkbox"/> 1. 速い <input type="checkbox"/> 2. ふつう <input type="checkbox"/> 3. 遅い																				
18. 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	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ																				
19. 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	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ																				
20. 朝食を抜くことが週に3回以上ある	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ																				
21. お酒を飲みますか ※「2.時々」の場合は週何日飲むか記入して下さい ※「1.毎日」「2.時々」の場合は一日あたりの量を記入して下さい 清酒1合(180ml)の目安:ビール瓶1本(約500ml)、焼酎25度(110ml)	<input type="checkbox"/> 1. 毎日 <input type="checkbox"/> 2. 時々 週 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 3. ほとんど飲まない 量 <input type="checkbox"/> 1. 1合未満 <input type="checkbox"/> 2. 1~2合未満 <input type="checkbox"/> 3. 2~3合未満 <input type="checkbox"/> 4. 3合以上																				
22. 睡眠で休養が十分とれている	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ																				
23. 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	<input type="checkbox"/> 1. 意思なし <input type="checkbox"/> 2. 意思あり(6ヶ月以内) <input type="checkbox"/> 3. 意思あり(1ヶ月以内) <input type="checkbox"/> 4. 取組済(6ヶ月未満) <input type="checkbox"/> 5. 取組済(6ヶ月以上)																				
24. 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="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ																				
25. 家族歴 ※「2.あり」の場合は、家族歴病名コード表の該当する番号を回答欄に 記入して下さい	<input type="checkbox"/> 1. 特になし <input type="checkbox"/> 2. あり 続柄11 父親 病名 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 続柄13 兄弟・姉妹 病名 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 続柄12 母親 病名 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 続柄14 祖父母 病名 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																				
26. 自覚症状 ※「2.あり」の場合は、自覚症状コード表の該当する番号を回答欄に 記入して下さい	<input type="checkbox"/> 1. 特になし <input type="checkbox"/> 2. あり  その他の症状 症状1 <input type="text"/> <input type="text"/> 症状2 <input type="text"/> <input type="text"/> 症状3 <input type="text"/> <input type="text"/>																				
27. 【女性の方】 現在、妊娠している、または妊娠している可能性はありますか	<input type="checkbox"/> 1. はい (胸部X線は受診しないでください)																				