

## 海老名市人間ドック助成用問診票①

| 被保険者番号      | ドック実施日 | 申請日     |
|-------------|--------|---------|
| 16-         | 年 月 日  | 年 月 日   |
| ふりがな<br>氏 名 |        | 生 年 月 日 |
|             |        | 年 月 日   |

※ 下記、A・B・Cの項目について 該当する項目に○印を記入して下さい。  
無ければ「特記なし」に○印を記入して下さい。

A、既往歴

| ○ | 疾 病             |
|---|-----------------|
|   | 1 肥満(BMI25.0以上) |
|   | 2 高血圧           |
|   | 3 貧血            |
|   | 4 肝疾患           |
|   | 5 糖尿病(境界型を含む)   |
|   | 6 虚血性心疾患        |
|   | 7 その他の心疾患       |
|   | 8 腎疾患           |
|   | 9 高脂血症(脂質異常症)   |
|   | 10 呼吸器疾患        |
|   | 11 高尿酸血症        |
|   | 12 甲状腺疾患        |
|   | 13 脳血管疾患        |
|   | 14 消化器疾患        |
|   | 15 アルコール性肝疾患    |
|   | 16 その他の疾患       |
|   | 17 特記なし         |

B、自覚症状

| ○ | 所 見            |
|---|----------------|
|   | 1 動悸・息切れ       |
|   | 2 胸痛・胸部不快      |
|   | 3 頭痛・肩こり       |
|   | 4 一過性の意識喪失     |
|   | 5 めまい・耳鳴り      |
|   | 6 手足のしびれ・舌のもつれ |
|   | 7 手足の不自由感      |
|   | 8 全身倦怠感        |
|   | 9 口渇多飲         |
|   | 10 体重減少        |
|   | 11 むくみ         |
|   | 12 喀痰・咳嗽       |
|   | 13 その他         |
|   | 14 特記なし        |

C、他覚症状

| ○   | 所 見           |
|-----|---------------|
| 視診  |               |
|     | 1 貧血          |
|     | 2 くも状血管腫・手掌紅斑 |
|     | 3 振せん(指・唇・舌)  |
| 打聴診 |               |
|     | 4 心音異常・心雑音    |
|     | 5 不整脈         |
|     | 6 呼吸音異常       |
| 触診  |               |
|     | 7 肝腫大         |
|     | 8 浮腫・眼瞼       |
|     | 9 浮腫・下肢       |
|     | 10 四肢の動脈硬化    |
| 共通  |               |
|     | 11 その他        |
|     | 12 特記なし       |

裏面、「海老名市人間ドック助成用問診票②」も忘れずに記入してください。

## 海老名市人間ドック助成用問診票②

| 質問項目（* 必須事項） |  | 該当に○印  |
|--------------|--|--|
| 1-3          | 現在、次の薬を服用していますか。   |  |
| *            | 1 a. 血圧を下げる薬   | ①はい ②いいえ   |
| *            | 2 b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射  | ①はい ②いいえ   |
| *            | 3 c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬   | ①はい ②いいえ   |
| 4            | 医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞）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、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析等）を受けていますか。   | ①はい ②いいえ   |
| 7            | 医師から、貧血といわれたことがありますか。  | ①はい ②いいえ   |
| * 8          | 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。<br>（※「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歳のときの体重から10kg以上増加していますか。   | ①はい ②いいえ   |
| 10           | 1回30分以上軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか。  | 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時間以上実施していますか。   | 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いですか。  | ①はい ②いいえ   |
| 13           | 食事を嚙んで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。   | ①何でも嚙んで食べることができる<br>②歯や歯ぐき、嚙みあわせなど気になる部分があり嚙みにくいことがある<br>③ほとんど嚙めない   |
| 14           | 人と比較して食べる速度が速いですか。   | ① 速い ②ふつう ③遅い  |
| 15           | 就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか。   | ①はい ②いいえ   |
| 16           | 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。  | ①毎日 ②時々<br>③ほとんど摂取しない  |
| 17           | 朝食を抜くことが週3回以上ありますか。  | ①はい ②いいえ   |
| 18           | お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）はどの位の頻度で飲みますか。  | ①毎日 ②時々<br>③ほとんど飲まない（飲めない）   |
| 19           | 飲酒日の1日当たりの飲酒量はどの位ですか。<br>〔日本酒1合（180ml）の目安として、ウイスキーダブル1杯（60ml）<br>ビール500ml、焼酎（25度）110ml、ワイン2杯（240ml）〕 | ①1合未満 ②1～2合未満<br>③2～3合未満 ④3合以上   |
| 20           | 睡眠で休養が十分とれていますか。   | 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っていますか。  | ①改善するつもりはない<br>②改善するつもりである（概ね6ヶ月以内）<br>③近いうちに（1カ月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている<br>④既に改善に取り組んでいる（6カ月未満）<br>⑤既に改善に取り組んでいる（6カ月以上） |
| 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   |