

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- ●●●●●●●●	令和 ●年 ●月 ●日	令和 ●年 ●月 ●日
ふりがな 氏名	えびな はなこ 海老名 花子	生年月日
		昭和 ●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

「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		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	<input checked="" type="radio"/> ①はい <input type="radio"/> ②いいえ
2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	<input type="radio"/> ①はい <input checked="" type="radio"/> ②いいえ
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<input type="radio"/> ①はい <input checked="" type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> ①はい <input checked="" type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> ①はい <input checked="" type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> ①はい <input checked="" type="radio"/> ②いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがありますか。	<input type="radio"/> ①はい <input checked="" type="radio"/> ②いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。（※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1：最近1か月間吸っている 条件2：生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている）	<input type="radio"/> ① はい（条件1と条件2を両方満たす） <input type="radio"/> ② 以前は吸っていたが、最近1か月は吸っていない（条件2のみを満たす） <input checked="" type="radio"/> ③ いいえ（①②以外）
9	20歳のときの体重から10kg以上増加していますか。	<input checked="" type="radio"/> ①はい <input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> ①はい <input checked="" type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> ①はい <input checked="" type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> ①はい <input checked="" type="radio"/> ②いいえ
13	食事を噛んで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	<input checked="" type="radio"/> ①何でも噛んで食べることができる <input type="radio"/> ②歯や歯ぐき、噛みあわせなど気になる部分があり噛みにくいことがある <input type="radio"/> ③ほとんど噛めない
14	人と比較して食べる速度が速いですか。	<input type="radio"/> ① 速い <input checked="" type="radio"/> ②ふつう <input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> ①はい <input type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> ①毎日 <input type="radio"/> ②時々 <input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> ①はい <input type="radio"/> ②いいえ
18	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度はどのくらいですか。（※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者）	<input checked="" type="radio"/> ①毎日 <input type="radio"/> ②週5～6日 <input type="radio"/> ③週3～4日 <input type="radio"/> ④週1～2日 <input type="radio"/> ⑤月に1～3日 <input type="radio"/> ⑥月に1日未満 <input type="radio"/> ⑦やめた <input type="radio"/> ⑧飲まない（飲めない）
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合（アルコール度数15度・180ml）の目安 ビール（同5度・500ml）、焼酎（同25度・約110ml）、ワイン（同14度・約180ml） ウイスキー（同43度・60ml）、缶チューハイ（同5度・約500ml、同7度・約350ml）	<input checked="" type="radio"/> ①1合未満 <input type="radio"/> ②1～2合未満 <input type="radio"/> ③2～3合未満 <input type="radio"/> ④3～4合未満 <input type="radio"/> ⑤5合以上
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	<input checked="" type="radio"/> ①はい <input type="radio"/> 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っていますか。	<input type="radio"/> ①改善するつもりはない <input checked="" type="radio"/> ②改善するつもりである（概ね6ヶ月以内） <input type="radio"/> ③近いうちに（1ヶ月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている <input type="radio"/> ④既に改善に取り組んでいる（6ヶ月未満） <input type="radio"/> ⑤既に改善に取り組んでいる（6ヶ月以上）
22	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	<input checked="" type="radio"/> ①はい <input type="radio"/> ②いいえ