

問診票は、ご記入のうえ、当日に受付へご提出ください。

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	1	4
--	---	---

問 診 票 (表)

折り曲げ厳禁

→ 太枠内をご記入ください、

受診No.

受診日	年 月 日	団 体	学校法人明星大学
カ ナ		教職員番号	
氏 名	男 女		
生年月日 (西 暦)	年 月 日	年 齢 (年度末年齢)	所属部署

記入上の注意 ボールペンで、**枠の中**にはっきりと記入してください。※訂正は二重線「=」を引いてください。

☐ チェック欄には ☒ または ☐ を記入してください。 → 例) ☒ 血圧を下げる薬

☐ ・数字記入欄には数字を記入ください。

→ 例) 高血圧

4	8
---	---

・1マスに1文字のみ記入してください。

1. 現病歴について ■現在通院中の病気についてお答えください。

☐ 特になし

1: 高血圧 発症年齢 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> → <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> 治療中 経過観察中 医療機関名 ()					4: 脳卒中 (脳梗塞、脳出血) 発症年齢 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> → <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> 治療中 経過観察中 医療機関名 ()					7: 痛風 高尿酸血症 発症年齢 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> → <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> 治療中 経過観察中 医療機関名 ()				
2: 糖尿病 発症年齢 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> → <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> 治療中 経過観察中 医療機関名 ()					5: 心臓疾患 発症年齢 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> → <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> 治療中 経過観察中 医療機関名 ()					8: 貧血 発症年齢 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> → <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> 治療中 経過観察中 医療機関名 ()				
3: 脂質異常症 発症年齢 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> → <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> 治療中 経過観察中 医療機関名 ()					6: 腎臓疾患 発症年齢 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> → <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> 治療中 経過観察中 医療機関名 ()					9: がん、悪性腫瘍 発症年齢 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> → <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> 治療中 経過観察中 医療機関名 ()				
その他の病気:1 () 発症年齢 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> → <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> 治療中 経過観察中 医療機関名 ()					その他の病気:2 () 発症年齢 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> → <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> 治療中 経過観察中 医療機関名 ()									

■上記以外で、この一年で新たにかった病気（通院終了）があれば記入してください。

☐ 特になし ☐ あり (病 名) 医療機関名 ()

■現在、継続して飲んでいる薬がありますか。

☐ 特になし ※お薬手帳をお持ちの方は、当日問診と医師診察でお見せください。

☐ 血圧を下げる薬

☐ 血液をさらさらにする薬

☐ 血糖を下げる薬 または インスリン注射

☐ その他 ()

☐ コレステロールや中性脂肪を下げる薬

2. 家族歴について ■血のつながった両親、祖父母、兄弟などで下記の病気にかかったことがありますか。

☐ 特になし	高血圧	糖尿病	脂質異常症	脳卒中 (脳梗塞、脳出血)	心臓疾患	がん	
父	☐	☐	☐	☐	☐	☐	部位: ()
母	☐	☐	☐	☐	☐	☐	部位: ()
祖父母	☐	☐	☐	☐	☐	☐	部位: ()
兄弟姉妹	☐	☐	☐	☐	☐	☐	部位: ()

※裏面の記入もお願いいたします。

3. 自覚症状について

☐ チェック欄には ☒ または ☐ を記入してください。

- ☐ 動悸 ☐ せきがよく出る ☐ 胃痛、胃もたれ ☐ 血便
☐ 息切れ ☐ たんがよく出る ☐ 手足がむくむ ☐ 体重が3kg以上減った
☐ めまい・立ちくらみ ☐ 胸痛 ☐ 便秘 ☐ 尿の回数が増えた
☐ 頭痛 ☐ 胸やけ、吐き気 ☐ 下痢 ☐ 尿が出にくい

その他、健康上、気になっていることはありますか ☐ いいえ ☐ はい ()

4. 生活習慣について

☐ チェック欄には ☒ または ☐ を記入してください。

たばこを習慣的に吸いますか ☐ 吸わない ☐ 吸う(条件1と条件2を両方満たす) ☐ 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない(条件2のみ満たす)

「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と2を両方満たすものである。

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。または合計100本以上吸っている。

吸う または やめた方は本数、年数を数字で記入ください

1日 本 約 年間

お酒を飲む頻度をお答えください ☐ 毎日 ☐ 週5~6日 ☐ 週3~4日 ☐ 週1~2日
☐ 月に1~3日 ☐ 月に1日未満 ☐ やめた ☐ 飲まない(飲めない)
飲酒日の1日当たりの飲酒量は? ☐ 1合未満 ☐ 1~2合未満 ☐ 2~3合未満 ☐ 3~5合未満 ☐ 5合以上

※日本酒 1 合の目安(アルコール度数15度・180ml) : ビール(同5度・500ml)、焼酎(同25度・110ml)、ワイン(同14度・180ml)
ウイスキー(同43度・60ml)、缶チューハイ(同5度・500ml、同7度・350ml)

20歳の時の体重から10kg以上増加している ☐ はい ☐ いいえ
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 ☐ はい ☐ いいえ
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る ☐ はい ☐ いいえ
ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い ☐ はい ☐ いいえ
食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか ☐ 何でもかんで食べることができる
☐ 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある
☐ ほとんどかめない
人と比較して食べる速度が速い ☐ 速い ☐ 普通 ☐ 遅い
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 ☐ はい(ある) ☐ いいえ(ない)
朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取している ☐ 毎日 ☐ 時々 ☐ ほとんど摂取しない
朝食を抜くことが週に3回以上ある ☐ はい(ある) ☐ いいえ(ない)
睡眠で休養が十分とれている ☐ はい ☐ いいえ

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

(該当するものにチェックを1つ付けてください)

- ☐ 改善するつもりはない ☐ 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満)
☐ 改善するつもりである(概ね6ヶ月以内) ☐ 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)
☐ 近いうちに(概ね1ヶ月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている

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 ☐ はい ☐ いいえ

健診結果について相談できる医師はいますか ☐ はい ☐ いいえ

昨年度の再検査についてお聞きします

(該当するものにチェックを1つ付けてください)

「昨年度の健康診断結果票に、再検査、精密検査、治療の判定はありましたか」

- ☐ はい。受診し、医療機関に報告済(主治医含む) ☐ はい。判定はあったが、受診はしていない
☐ はい。受診したが、保健センターには報告はしていない ☐ いいえ。上記の判定はなかった
☐ いいえ。昨年度未受診