

# 質 問 票

氏名

(生年月日 昭和 年 月 日)

提出していただく健診結果に以下の項目の記載がない場合は、必ず回答を記入のうえ、健診結果と一緒に提出してください。

1 以下の項目について、あてはまる番号に○をつけてください。

(健診を受けた時点での状況でお答えください)

(1) 血圧を下げる薬を飲んでいませんか。 (1. はい 2. いいえ)

(2) インスリン注射をしていますか。または血糖を下げる薬を飲んでいませんか。

(1. はい 2. いいえ)

(3) 脂質異常症の薬 (コレステロールを下げる薬など) を飲んでいませんか。

(1. はい 2. いいえ)

(4) 現在、たばこを習慣的<sup>\*</sup>に吸っていますか。 (1. はい 2. いいえ)

<sup>\*</sup>「習慣的」とは、これまでに計100本以上または6カ月以上吸っていて、さらに最近1か月の間にも吸っている場合です

2 以下の項目について、あてはまる番号に○をつけ、「1. あり」の場合は病名・症状等を簡単に記入してください (あてはまるものがある場合は、○をつけてください)。

(1) 既往歴

1. あり ⇒ 高血圧・脂質異常症・糖尿病・その他 ( )

2. なし

(2) 自覚症状

1. あり ⇒ 頭痛・めまい・息切れ・むくみ・耳鳴り・どうき・肩こり  
手足のしびれ・その他 ( )

2. なし

(3) 他覚症状 (今回の健診で医師から言われたこと等がありましたら「1. あり」の欄にご記入ください)

1. あり ⇒ 黄疸・浮腫・不整脈・肝腫・貧血・心音異常・呼吸音異常  
その他 ( )

2. なし

3 身体測定・血圧測定的项目がない場合はご記入ください。

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 腹囲 \_\_\_\_\_ cm

血圧 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg 医師名 \_\_\_\_\_

**○全員ご回答ください。**

提出していただく健診の種類について、あてはまる番号に○をつけてください。

(あてはまるものがある場合は○をつけてください。もしくは医療機関名等を記入してください。)

①職場で受けた健診 ( 事業主健診 ・ 人間ドック等 )

②個人で受けた人間ドック ⇒ (医療機関名 \_\_\_\_\_ )

③かかりつけ医等の医療機関で個人で受けた健診 ⇒ (医療機関名 \_\_\_\_\_ )

④その他 ( \_\_\_\_\_ )

裏面もご記入ください

4 以下の項目について、あてはまる番号に○をつけてください。

- (1) あなたの現在の健康状態はいかがですか。  
(1. よい 2. まあよい 3. ふつう 4. あまりよくない 5. よくない)
- (2) 毎日の生活に満足していますか。  
(1. 満足 2. やや満足 3. やや不満 4. 不満)
- (3) 1日3食きちんと食べていますか。  
(1. はい 2. いいえ)
- (4) 半年前までに比べて固いもの(※)が食べにくくなりましたか。  
※さきいか、たくあんなど (1. はい 2. いいえ)
- (5) お茶や汁物等でむせることがありますか。  
(1. はい 2. いいえ)
- (6) 6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。  
(1. はい 2. いいえ)
- (7) 以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか。  
(1. はい 2. いいえ)
- (8) この1年間に転んだことがありますか  
(1. はい 2. いいえ)
- (9) ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか。  
(1. はい 2. いいえ)
- (10) 周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされていますか。  
(1. はい 2. いいえ)
- (11) 今日が何月何日かわからない時がありますか。  
(1. はい 2. いいえ)
- (12) あなたはたばこを吸いますか。  
(1. 吸っている 2. 吸っていない 3. やめた)
- (13) 週に1回以上は外出していますか。  
(1. はい 2. いいえ)
- (14) 普段から家族や友人と付き合いがありますか。毎日の生活に満足していますか。  
(1. はい 2. いいえ)
- (15) 体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか。  
(1. はい 2. いいえ)

<問い合わせ> 柏市健康増進課

電話 04 (7164) 4455 (直通)