

# 健康調査質問表

氏名

男 年齢

記入月日 年 月 日

※フリガナは必ずご記入ください。

生年月日 □昭 □平 □西暦 年 月 日 女

現住所	〒 -	企業名 ※店舗・支店名までご記入ください。
連絡先	(自宅) - - (携帯) - -	浜通り医療生活協同組合に加入していますか。 □ はい □ いいえ □ 同居家族が加入 □ 不明

上記基本情報・下記確認事項および質問項目についてすべてお答えください。※ 記載例  など

事前確認事項	事業主・健保組合依頼の健診については、結果を依頼主または健保組合へ報告いたします。	<input type="checkbox"/> はい
	健康診断の結果に異常があった場合、ご家族も含めて連絡してよろしいですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	採血時に具合が悪くなったことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	女性のみ 生理中ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 妊娠の可能性は <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

病歴	これまでにかかった大きな病気や治療中の病気はありますか。	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	⇒ ありの方は、病名を教えてください。 ※ 健診結果判定に必要となるため正しくお答えください。	
	病名 ① ( ) 歳頃 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> 治癒	
	② ( ) 歳頃 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> 治癒	

自覚症状	最近(3か月程度)で下の症状はありますか。ありの方は、該当の番号をご記入ください。	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	① 咳や痰が出る ② 胸に痛みを感じる ③ 動悸や息切れがある ④ 時々腹痛がある ⑤ 便秘や下痢になりやすい ⑥ 手足の腫れ、関節の痛み	番号

家族歴	血縁の方において以下の病歴がありますか。続柄と番号をお答えください。	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	① 脳卒中など ② 心臓病 ③ 糖尿病 ④ 高血圧 ⑤ その他 ⑥ 癌 ( 胃 肺 大腸 膵 肝 その他 )	病名 続柄 父 母 祖父母 兄弟子供 番号

業務歴	これまでに、重量物を取扱いの業務経験がありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	これまでに、粉塵の取扱いのある業務経験がありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	これまでに、激しい振動を伴う業務経験がありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	これまでに、有害物質の取扱いのある業務経験がありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	これまでに、放射線の取扱いのある業務経験がありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	職歴	作業内容	期間
			～ 年
			～ 年
			～ 年
	※電離放射線健診を受診する方は放射線被ばく経歴・作業場所まで必ずご記入ください。		
現在の職場では、どのような勤務体制で働いていますか。	<input type="checkbox"/> 常時日勤 <input type="checkbox"/> 常時夜勤 <input type="checkbox"/> 交替制(日勤夜勤両方)		
現在の職場での、直近1ヶ月間の1日あたりの平均的な労働時間はどのくらいですか。	<input type="checkbox"/> 6時間未満 <input type="checkbox"/> 6時間以上8時間未満 <input type="checkbox"/> 6時間以上10時間未満 <input type="checkbox"/> 10時間以上		

下記の質問項目について  ですべてお答えください。

1	服薬歴	血圧を下げる薬を飲んでいますか。	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
2		血糖を下げる薬またはインスリン等の注射を使用していますか。	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
3		コレステロールまたは中性脂肪を下げる薬を飲んでいますか。	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
4	既往歴	医師から、脳卒中(脳出血・脳梗塞など)にかかっているとされたり、治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
5		医師から、心臓病(狭心症・心筋梗塞など)にかかっているとされたり、治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	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されたり、治療(人工透析など)を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
7		医師から、貧血と言われたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
8	現在たばこを習慣的に吸っていますか。 ※「習慣的」とは、①最近1か月間吸っている。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。①と②どちらも満たす状態 ⇒ 一日何本くらい何年間吸っている。または吸っていた。		<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
			<input type="checkbox"/>	以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない		
				一日	本	年間
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。		<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を、週2日以上を1年以上実施していますか。		<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
12	ほぼ同じ年齢の方の同性と比較して歩く速度が速いと感じていますか。		<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
13	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。		<input type="checkbox"/>	何でもかんで食べられる	<input type="checkbox"/>	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
			<input type="checkbox"/>	ほとんどかめない		
14	人と比較して食べる速度が速いですか。		<input type="checkbox"/>	速い	<input type="checkbox"/>	普通
			<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	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 type="checkbox"/>	毎日	<input type="checkbox"/>	時々
			<input type="checkbox"/>	ほとんど摂取しない		
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。		<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	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が、最近1年以上酒類を摂取していない状態		<input type="checkbox"/>	毎日	<input type="checkbox"/>	週5~6
			<input type="checkbox"/>	週3~4	<input type="checkbox"/>	週2~1
			<input type="checkbox"/>	月1~3	<input type="checkbox"/>	月1未満
			<input type="checkbox"/>	やめた	<input type="checkbox"/>	飲まない
			<input type="checkbox"/>	飲めない		
19	一日あたりの飲酒量はどれくらいですか。 日本酒1合(15度180ml)の目安：ビール(6度500ml) 焼酎(25度110ml) ウイスキー(43度60ml) ワイン(14度180ml) 缶チューハイ(5度500ml)		<input type="checkbox"/>	1合未満	<input type="checkbox"/>	2合未満
			<input type="checkbox"/>	3合未満	<input type="checkbox"/>	5合未満
			<input type="checkbox"/>	5合以上		
20	睡眠で休養が十分とれていますか？		<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
21	運動や食生活などの生活習慣を改善してみようと思いませんか。		<input type="checkbox"/>	改善するつもりはない	<input type="checkbox"/>	改善するつもりである(概ね6か月以内には)
			<input type="checkbox"/>	近いうちに改善するつもりであり少しずつ始めている(概ね1か月以内)	<input type="checkbox"/>	既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満)
			<input type="checkbox"/>	既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上経過)		
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 type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
23	その他、身体や健康について気になることがありますか。 ⇒ はいの方は具体的に( )		<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ

※ この健康調査質問票は健康診断以外の目的では使用しません。