

# 健康診断問診票

健診日

年 月 日

フリガナ 氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日	性別 男 ・ 女
			年齢 歳
住所			電話番号

既往歴 { }

自覚症状 { }

※ すべての質問にお答えください

1	血圧を下げる薬を飲んでいる。	はい ・ いいえ
2	血糖を下げる薬を飲んでいる または インスリン注射をしている。	はい ・ いいえ
3	コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいる。	はい ・ いいえ
4	タバコを吸ったことがある。	はい ・ いいえ
	はいと答えた方 1日何本程度で何歳～何歳まで吸っていましたか。	1日 本 歳～ 歳/現在 まで
5	20歳の時から体重が10kg以上増えている。	はい ・ いいえ
6	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上、1年以上実施している。	はい ・ いいえ
7	ほかの人と比較して食べる速度が速い。	はやい ・ ふつう ・ おそい
8	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 ・ いいえ
9	朝昼夜の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取している。	毎日 ・ 時々 ・ いいえ
10	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	はい ・ いいえ
11	お酒を飲む頻度は	毎日 ・ 時々 ・ ほとんど飲まない (飲めない)
	飲酒日の1日当たりの飲酒量は？ 日本酒1合の目安 ⇒ ビール500ml, 焼酎 110ml, ウイスキー 1杯, ワイン2杯	1合未満 ・ 1～2合 ・ 2～3合 ・ 3合以上
12	睡眠で休養が十分とれている。	はい ・ いいえ
13	その他 気になっていることはありますか。(以下にご記入ください)	

ご協力ありがとうございました。

あさくさ田原町内科クリニック