

令和 年 月 日

※太枠のみ記入して下さい。

ふりがな 氏 名	男・女	生年月日 明・大・昭 年 月 日 歳																																																																																																																								
〒 ー																																																																																																																										
住所：別府市		TEL																																																																																																																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>既往歴</th> <th>特になし</th> <th>※最大6個まで選択可</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> 高血圧</td><td>0 1</td><td><input type="checkbox"/> 胃炎など 2 0</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 心筋梗塞</td><td>0 2</td><td><input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍など 2 1</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 狭心症</td><td>0 3</td><td><input type="checkbox"/> 直腸・大腸疾患 2 2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 脳卒中</td><td>0 4</td><td><input type="checkbox"/> 膠原病 2 3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 高脂血症</td><td>0 5</td><td><input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 2 4</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 糖尿病</td><td>0 6</td><td><input type="checkbox"/> 咽頭・肺疾患 2 5</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 慢性腎不全</td><td>0 7</td><td><input type="checkbox"/> 泌尿器疾患 2 6</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 透析療法</td><td>0 8</td><td><input type="checkbox"/> リウマチ疾患 2 7</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 貧血</td><td>0 9</td><td><input type="checkbox"/> 腰痛 2 8</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 肥満</td><td>1 0</td><td><input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 2 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 他の心疾患</td><td>1 1</td><td><input type="checkbox"/> 婦人科疾患 3 0</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 動脈硬化症</td><td>1 2</td><td><input type="checkbox"/> 眼科疾患 3 1</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 痛風</td><td>1 3</td><td><input type="checkbox"/> 皮膚疾患 3 2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 肺炎(慢性・急性)</td><td>1 4</td><td><input type="checkbox"/> 各種がん 3 3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 脂肪肝</td><td>1 5</td><td><input type="checkbox"/> 喘息など 3 4</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 肝臓疾患</td><td>1 6</td><td><input type="checkbox"/> アレルギー疾患 3 5</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 胆のう疾患</td><td>1 7</td><td><input type="checkbox"/> じん肺 3 6</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 胆石症・胆のう炎</td><td>1 8</td><td><input type="checkbox"/> 腎疾患 3 7</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> すい臓疾患</td><td>1 9</td><td><input type="checkbox"/> その他( )</td></tr> </tbody> </table>		既往歴	特になし	※最大6個まで選択可	<input type="checkbox"/> 高血圧	0 1	<input type="checkbox"/> 胃炎など 2 0	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞	0 2	<input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍など 2 1	<input type="checkbox"/> 狭心症	0 3	<input type="checkbox"/> 直腸・大腸疾患 2 2	<input type="checkbox"/> 脳卒中	0 4	<input type="checkbox"/> 膠原病 2 3	<input type="checkbox"/> 高脂血症	0 5	<input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 2 4	<input type="checkbox"/> 糖尿病	0 6	<input type="checkbox"/> 咽頭・肺疾患 2 5	<input type="checkbox"/> 慢性腎不全	0 7	<input type="checkbox"/> 泌尿器疾患 2 6	<input type="checkbox"/> 透析療法	0 8	<input type="checkbox"/> リウマチ疾患 2 7	<input type="checkbox"/> 貧血	0 9	<input type="checkbox"/> 腰痛 2 8	<input type="checkbox"/> 肥満	1 0	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 2 9	<input type="checkbox"/> 他の心疾患	1 1	<input type="checkbox"/> 婦人科疾患 3 0	<input type="checkbox"/> 動脈硬化症	1 2	<input type="checkbox"/> 眼科疾患 3 1	<input type="checkbox"/> 痛風	1 3	<input type="checkbox"/> 皮膚疾患 3 2	<input type="checkbox"/> 肺炎(慢性・急性)	1 4	<input type="checkbox"/> 各種がん 3 3	<input type="checkbox"/> 脂肪肝	1 5	<input type="checkbox"/> 喘息など 3 4	<input type="checkbox"/> 肝臓疾患	1 6	<input type="checkbox"/> アレルギー疾患 3 5	<input type="checkbox"/> 胆のう疾患	1 7	<input type="checkbox"/> じん肺 3 6	<input type="checkbox"/> 胆石症・胆のう炎	1 8	<input type="checkbox"/> 腎疾患 3 7	<input type="checkbox"/> すい臓疾患	1 9	<input type="checkbox"/> その他( )	<table border="1"> <thead> <tr> <th>自覚症状</th> <th>特になし</th> <th>※最大6個まで選択可</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> 頭痛(頭の重たい感じも含む)</td><td>1 1</td><td><input type="checkbox"/> 尿が出にくい 3 0</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> めまいや立ちくらみがある</td><td>1 2</td><td><input type="checkbox"/> 夜間、尿におきる 3 1</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 耳鳴りがある</td><td>1 3</td><td><input type="checkbox"/> 尿に血が混じる 3 2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 眠れないことがある</td><td>1 4</td><td><input type="checkbox"/> 首や肩の凝りがある 3 3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 歩くと息切れがする</td><td>1 5</td><td><input type="checkbox"/> 肩や腕の痛みがある 3 4</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 咳が止まらないことがある</td><td>1 6</td><td><input type="checkbox"/> 足腰の痛みがある 3 5</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 痰に血が混じることがある</td><td>1 7</td><td><input type="checkbox"/> 関節の痛みや腫れがある 3 6</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 異常に喉が渇くことがある</td><td>1 8</td><td><input type="checkbox"/> 腰の痛みがある 3 7</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 脈の乱れや動悸がある</td><td>1 9</td><td><input type="checkbox"/> 手や足の痛みがある 3 8</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 疲れやすい</td><td>2 0</td><td><input type="checkbox"/> むくみがある(顔・手) 3 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 目の疲れがある</td><td>2 1</td><td><input type="checkbox"/> 気分が落ち込むことがある 4 0</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 生活習慣病である</td><td>2 2</td><td><input type="checkbox"/> 不安感がある 4 1</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 胸が締め付けられるように痛む</td><td>2 3</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 下痢をすることが多い</td><td>2 4</td><td><input type="checkbox"/> 生理以外に出血がある 8 1</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 下痢と便秘が交互にある</td><td>2 5</td><td><input type="checkbox"/> 乳房にしこりがある 8 2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 血便がある</td><td>2 6</td><td><input type="checkbox"/> 生理不順である 8 3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 便に粘液がつく</td><td>2 7</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 下腹部が痛む</td><td>2 8</td><td><input type="checkbox"/> その他( )</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 残尿感や排尿時の痛みがある</td><td>2 9</td><td></td></tr> </tbody> </table>	自覚症状	特になし	※最大6個まで選択可	<input type="checkbox"/> 頭痛(頭の重たい感じも含む)	1 1	<input type="checkbox"/> 尿が出にくい 3 0	<input type="checkbox"/> めまいや立ちくらみがある	1 2	<input type="checkbox"/> 夜間、尿におきる 3 1	<input type="checkbox"/> 耳鳴りがある	1 3	<input type="checkbox"/> 尿に血が混じる 3 2	<input type="checkbox"/> 眠れないことがある	1 4	<input type="checkbox"/> 首や肩の凝りがある 3 3	<input type="checkbox"/> 歩くと息切れがする	1 5	<input type="checkbox"/> 肩や腕の痛みがある 3 4	<input type="checkbox"/> 咳が止まらないことがある	1 6	<input type="checkbox"/> 足腰の痛みがある 3 5	<input type="checkbox"/> 痰に血が混じることがある	1 7	<input type="checkbox"/> 関節の痛みや腫れがある 3 6	<input type="checkbox"/> 異常に喉が渇くことがある	1 8	<input type="checkbox"/> 腰の痛みがある 3 7	<input type="checkbox"/> 脈の乱れや動悸がある	1 9	<input type="checkbox"/> 手や足の痛みがある 3 8	<input type="checkbox"/> 疲れやすい	2 0	<input type="checkbox"/> むくみがある(顔・手) 3 9	<input type="checkbox"/> 目の疲れがある	2 1	<input type="checkbox"/> 気分が落ち込むことがある 4 0	<input type="checkbox"/> 生活習慣病である	2 2	<input type="checkbox"/> 不安感がある 4 1	<input type="checkbox"/> 胸が締め付けられるように痛む	2 3		<input type="checkbox"/> 下痢をすることが多い	2 4	<input type="checkbox"/> 生理以外に出血がある 8 1	<input type="checkbox"/> 下痢と便秘が交互にある	2 5	<input type="checkbox"/> 乳房にしこりがある 8 2	<input type="checkbox"/> 血便がある	2 6	<input type="checkbox"/> 生理不順である 8 3	<input type="checkbox"/> 便に粘液がつく	2 7		<input type="checkbox"/> 下腹部が痛む	2 8	<input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 残尿感や排尿時の痛みがある	2 9	
既往歴	特になし	※最大6個まで選択可																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 高血圧	0 1	<input type="checkbox"/> 胃炎など 2 0																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 心筋梗塞	0 2	<input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍など 2 1																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 狭心症	0 3	<input type="checkbox"/> 直腸・大腸疾患 2 2																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 脳卒中	0 4	<input type="checkbox"/> 膠原病 2 3																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 高脂血症	0 5	<input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 2 4																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 糖尿病	0 6	<input type="checkbox"/> 咽頭・肺疾患 2 5																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 慢性腎不全	0 7	<input type="checkbox"/> 泌尿器疾患 2 6																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 透析療法	0 8	<input type="checkbox"/> リウマチ疾患 2 7																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 貧血	0 9	<input type="checkbox"/> 腰痛 2 8																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 肥満	1 0	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 2 9																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 他の心疾患	1 1	<input type="checkbox"/> 婦人科疾患 3 0																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 動脈硬化症	1 2	<input type="checkbox"/> 眼科疾患 3 1																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 痛風	1 3	<input type="checkbox"/> 皮膚疾患 3 2																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 肺炎(慢性・急性)	1 4	<input type="checkbox"/> 各種がん 3 3																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 脂肪肝	1 5	<input type="checkbox"/> 喘息など 3 4																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 肝臓疾患	1 6	<input type="checkbox"/> アレルギー疾患 3 5																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 胆のう疾患	1 7	<input type="checkbox"/> じん肺 3 6																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 胆石症・胆のう炎	1 8	<input type="checkbox"/> 腎疾患 3 7																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> すい臓疾患	1 9	<input type="checkbox"/> その他( )																																																																																																																								
自覚症状	特になし	※最大6個まで選択可																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 頭痛(頭の重たい感じも含む)	1 1	<input type="checkbox"/> 尿が出にくい 3 0																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> めまいや立ちくらみがある	1 2	<input type="checkbox"/> 夜間、尿におきる 3 1																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 耳鳴りがある	1 3	<input type="checkbox"/> 尿に血が混じる 3 2																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 眠れないことがある	1 4	<input type="checkbox"/> 首や肩の凝りがある 3 3																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 歩くと息切れがする	1 5	<input type="checkbox"/> 肩や腕の痛みがある 3 4																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 咳が止まらないことがある	1 6	<input type="checkbox"/> 足腰の痛みがある 3 5																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 痰に血が混じることがある	1 7	<input type="checkbox"/> 関節の痛みや腫れがある 3 6																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 異常に喉が渇くことがある	1 8	<input type="checkbox"/> 腰の痛みがある 3 7																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 脈の乱れや動悸がある	1 9	<input type="checkbox"/> 手や足の痛みがある 3 8																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 疲れやすい	2 0	<input type="checkbox"/> むくみがある(顔・手) 3 9																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 目の疲れがある	2 1	<input type="checkbox"/> 気分が落ち込むことがある 4 0																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 生活習慣病である	2 2	<input type="checkbox"/> 不安感がある 4 1																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 胸が締め付けられるように痛む	2 3																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 下痢をすることが多い	2 4	<input type="checkbox"/> 生理以外に出血がある 8 1																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 下痢と便秘が交互にある	2 5	<input type="checkbox"/> 乳房にしこりがある 8 2																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 血便がある	2 6	<input type="checkbox"/> 生理不順である 8 3																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 便に粘液がつく	2 7																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 下腹部が痛む	2 8	<input type="checkbox"/> その他( )																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 残尿感や排尿時の痛みがある	2 9																																																																																																																									

※裏面の問診票にも記入してください。

※この下は医療機関記入用ですので、記入しないでください。

食後時間		時間		分後
身体計測	身長			cm
	体重			kg
	腹囲			cm 男 85cm未満 女 90cm未満
	腹囲の測定方法	<input type="checkbox"/> 実測	<input type="checkbox"/> 自己測定	<input type="checkbox"/> 自己申告
血圧測定	収縮期			mmHg 130未満(受診勧奨判定値 140以上)
	拡張期			mmHg 85未満(受診勧奨判定値 90以上)
医師診察(他覚所見:打聴診)				
<input type="checkbox"/> 異常なし	0 0	<input type="checkbox"/> 浮腫あり	0 4	<input type="checkbox"/> 甲状腺腫大あり 0 8
<input type="checkbox"/> 心雑音あり	0 1	<input type="checkbox"/> 貧血様症状あり	0 5	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 不整脈あり	0 2	<input type="checkbox"/> 結膜黄染あり	0 6	( )
<input type="checkbox"/> 呼吸音異常あり	0 3	<input type="checkbox"/> リンパ節腫脹あり	0 7	( )
医師判定				
<input type="checkbox"/> 1. 異常なし		<input type="checkbox"/> 2. 軽度異常		
<input type="checkbox"/> 3. 要経過観察		<input type="checkbox"/> 4. 要受診(再検)		
<input type="checkbox"/> 5. 要受診(精密検査)		<input type="checkbox"/> 6. 要受診(至急)		
<input type="checkbox"/> 7. 治療中(継続)				

## 受診者記入欄

記入方法: 「はい」の場合 ☒ 「いいえ」の場合 ☒ 「はい」を取り消して「いいえ」の場合 ☒ ☒

40才～74才まで

## 特定健診問診表

現在、次にあげる薬を飲んでいますか

1	血圧を下げる薬	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
2	血糖を下げる薬又はインスリン注射	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
3	コレステロールや中性脂肪を下げる薬	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>

医師から、次のような病気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

4	脳卒中(脳出血、脳梗塞など)	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
5	心臓病(狭心症、心筋梗塞など)	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
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(人工透析など)を受けていますか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
7	貧血といわれた	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>

8	現在、たばこを習慣的に吸っている。 (※「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ヶ月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている)	はい(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) いいえ(条件1と条件2以外)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
---	---	--	--

9	20歳のときの体重から10kg以上増加していますか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
---	---------------------------	-----------------------------	------------------------------

10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を、週2回以上、1年以上実施していますか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
----	--------------------------------------	-----------------------------	------------------------------

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	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
----	-------------------------------------	-----------------------------	------------------------------

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	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
----	--------------------------	-----------------------------	------------------------------

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	① 何でもかんで食べる <input type="checkbox"/>	② かみにくい <input type="checkbox"/>	③ ほとんどかめない <input type="checkbox"/>
----	---------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

14	人と比較して食べる速度が速いですか	速い <input type="checkbox"/>	普通 <input type="checkbox"/>	遅い <input type="checkbox"/>
----	-------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

15	就寝前の2時間以内に夕食を取ることが週に3回以上ありますか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
----	-------------------------------	-----------------------------	------------------------------

16	朝昼夕の3食以外に間食(菓子類)や甘い飲み物を摂取していますか	① 毎日 <input type="checkbox"/>	② 時々 <input type="checkbox"/>	③ ほとんど摂取しない <input type="checkbox"/>
----	---------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	--------------------------------------

17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
----	---------------------	-----------------------------	------------------------------

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)	毎日 <input type="checkbox"/>	週5～6日 <input type="checkbox"/>
		週3～4日 <input type="checkbox"/>	週1～2日 <input type="checkbox"/>
		月に1～3日 <input type="checkbox"/>	月に1日未満 <input type="checkbox"/>
		やめた <input type="checkbox"/>	飲まない(飲めない) <input type="checkbox"/>

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500ml(同5度・500ml)、 焼酎25度(同25度・約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・約500ml、同7度・約350ml)	1合未満 <input type="checkbox"/>	1～2合未満 <input type="checkbox"/>
		2～3合未満 <input type="checkbox"/>	3～5合未満 <input type="checkbox"/>
		5合以上 <input type="checkbox"/>	

20	睡眠で休養が十分取れている	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
----	---------------	-----------------------------	------------------------------

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	意志なし <input type="checkbox"/>	意志あり(6ヶ月以内) <input type="checkbox"/>
		意志あり(近いうち) <input type="checkbox"/>	
		取組済み(6ヶ月未満) <input type="checkbox"/>	取組済み(6ヶ月以上) <input type="checkbox"/>

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。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
----	--------------------------------------	-----------------------------	------------------------------

令和 年 月 日

※太枠のみ記入して下さい。

ふりがな 氏 名		男・女	生年月日 明・大・昭 年 月 日 歳				
〒 ー							
住所：別府市			TEL				
既往歴		<input type="checkbox"/> 特になし ※最大6個まで選択可		自覚症状		<input type="checkbox"/> 特になし ※最大6個まで選択可	
<input type="checkbox"/> 高血圧 0 1	<input type="checkbox"/> 胃炎など 2 0	<input type="checkbox"/> 頭痛(頭の重たい感じも含む) 1 1	<input type="checkbox"/> 尿が出にくい 3 0				
<input type="checkbox"/> 心筋梗塞 0 2	<input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍など 2 1	<input type="checkbox"/> めまいや立ちくらみがある 1 2	<input type="checkbox"/> 夜間、尿におきる 3 1				
<input type="checkbox"/> 狭心症 0 3	<input type="checkbox"/> 直腸・大腸疾患 2 2	<input type="checkbox"/> 耳鳴りがある 1 3	<input type="checkbox"/> 尿に血が混じる 3 2				
<input type="checkbox"/> 脳卒中 0 4	<input type="checkbox"/> 膠原病 2 3	<input type="checkbox"/> 眠れないことがある 1 4	<input type="checkbox"/> 首や肩の凝りがある 3 3				
<input type="checkbox"/> 高脂血症 0 5	<input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 2 4	<input type="checkbox"/> 歩くと息切れがする 1 5	<input type="checkbox"/> 肩や腕の痛みがある 3 4				
<input type="checkbox"/> 糖尿病 0 6	<input type="checkbox"/> 咽頭・肺疾患 2 5	<input type="checkbox"/> 咳が止まらないことがある 1 6	<input type="checkbox"/> 足腰の痛みがある 3 5				
<input type="checkbox"/> 慢性腎不全 0 7	<input type="checkbox"/> 泌尿器疾患 2 6	<input type="checkbox"/> 痰に血が混じることがある 1 7	<input type="checkbox"/> 関節の痛みや腫れがある 3 6				
<input type="checkbox"/> 透析療法 0 8	<input type="checkbox"/> リウマチ疾患 2 7	<input type="checkbox"/> 異常に喉が渇くことがある 1 8	<input type="checkbox"/> 腰の痛みがある 3 7				
<input type="checkbox"/> 貧血 0 9	<input type="checkbox"/> 腰痛 2 8	<input type="checkbox"/> 脈の乱れや動悸がある 1 9	<input type="checkbox"/> 手や足の痛みがある 3 8				
<input type="checkbox"/> 肥満 1 0	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 2 9	<input type="checkbox"/> 疲れやすい 2 0	<input type="checkbox"/> むくみがある(顔・手) 3 9				
<input type="checkbox"/> 他の心疾患 1 1	<input type="checkbox"/> 婦人科疾患 3 0	<input type="checkbox"/> 眼の疲れがある 2 1	<input type="checkbox"/> 気分が落ち込むことがある 4 0				
<input type="checkbox"/> 動脈硬化症 1 2	<input type="checkbox"/> 眼科疾患 3 1	<input type="checkbox"/> 生活習慣病である 2 2	<input type="checkbox"/> 不安感がある 4 1				
<input type="checkbox"/> 痛風 1 3	<input type="checkbox"/> 皮膚疾患 3 2	<input type="checkbox"/> 胸が締め付けられるように痛む 2 3					
<input type="checkbox"/> 肺炎(慢性・急性) 1 4	<input type="checkbox"/> 各種がん 3 3	<input type="checkbox"/> 下痢をすることが多い 2 4	<input type="checkbox"/> 生理以外に出血がある 8 1				
<input type="checkbox"/> 脂肪肝 1 5	<input type="checkbox"/> 喘息など 3 4	<input type="checkbox"/> 下痢と便秘が交互にある 2 5	<input type="checkbox"/> 乳房にしこりがある 8 2				
<input type="checkbox"/> 肝臓疾患 1 6	<input type="checkbox"/> アレルギー疾患 3 5	<input type="checkbox"/> 血便がある 2 6	<input type="checkbox"/> 生理不順である 8 3				
<input type="checkbox"/> 胆のう疾患 1 7	<input type="checkbox"/> じん肺 3 6	<input type="checkbox"/> 便に粘液がつく 2 7					
<input type="checkbox"/> 胆石症・胆のう炎 1 8	<input type="checkbox"/> 腎疾患 3 7	<input type="checkbox"/> 下腹部が痛む 2 8	<input type="checkbox"/> その他( )				
<input type="checkbox"/> すい臓疾患 1 9	<input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 残尿感や排尿時の痛みがある 2 9					

※裏面の問診票にも記入してください。

※この下は医療機関記入用ですので、記入しないでください。

食後時間 分 時間 分 分後		(－) (±) (1+) (2+) (3+ 以上)												
身 体 計 測	身長				・		cm	尿 検 査	尿蛋白					
	体重				・		kg			(－) (±) (1+) (2+) (3+ 以上)				
	腹囲				・		cm 男 85cm未満 女 90cm未満		尿 糖					
	腹囲の測定方法	<input type="checkbox"/> 実測 <input type="checkbox"/> 自己測定 <input type="checkbox"/> 自己申告				尿潜血								
血 圧 測 定	収縮期				mmHg	130未満(受診勧奨判定値 140以上)			女 性	生理中のため未実施 妊婦のため未実施				
	拡張期				mmHg	85未満(受診勧奨判定値 90以上)								
医師診察(他覚所見:打聴診)								医師判定						
<input type="checkbox"/> 異常なし 0 0	<input type="checkbox"/> 浮腫あり 0 4	<input type="checkbox"/> 甲状腺腫大あり 0 8						<input type="checkbox"/> 1. 異常なし	<input type="checkbox"/> 2. 軽度異常					
<input type="checkbox"/> 心雑音あり 0 1	<input type="checkbox"/> 貧血様症状あり 0 5	<input type="checkbox"/> その他						<input type="checkbox"/> 3. 要経過観察	<input type="checkbox"/> 4. 要受診(再検)					
<input type="checkbox"/> 不整脈あり 0 2	<input type="checkbox"/> 結膜黄染あり 0 6	( )						<input type="checkbox"/> 5. 要受診(精密検査)	<input type="checkbox"/> 6. 要受診(至急)					
<input type="checkbox"/> 呼吸音異常あり 0 3	<input type="checkbox"/> リンパ節腫脹あり 0 7	( )						<input type="checkbox"/> 7. 治療中(継続)						

# 受診者記入欄

記入方法: 「はい」の場合 ☒ 「いいえ」の場合 ☒ 「はい」を取り消して「いいえ」の場合 ☒ ☒

75 才以上及び前期高齢者

## 後期高齢者問診表

1	あなたの現在の健康状態はいかがですか	よい <input type="checkbox"/>	まあよい <input type="checkbox"/>	ふつう <input type="checkbox"/>
		あまりよくない <input type="checkbox"/>	よくない <input type="checkbox"/>	
2	毎日の生活に満足していますか		満足 <input type="checkbox"/>	やや満足 <input type="checkbox"/>
			やや不満 <input type="checkbox"/>	不満 <input type="checkbox"/>
3	1日3食きちんと食べていますか		はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
4	半年前に比べて固いもの(※)が食べにくくなりましたか ※さきいか、たくあんなど		はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
5	お茶や汁物等でむせることがありますか		はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
6	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか		はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
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		はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
8	この1年間に転んだことがありますか		はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
9	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか		はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
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言われていませんか		はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
11	今日が何月何日かわからない時がありますか		はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
12	あなたはたばこを吸いますか	吸っている <input type="checkbox"/>	吸っていない <input type="checkbox"/>	やめた <input type="checkbox"/>
13	週に1回以上は外出していますか		はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
14	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか		はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
15	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか		はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>