

健康度評価簡易コース問診

回答はすべて回答用紙に『○』もしくは数字、文字（下線部）でご記入ください。

氏名 _____

問 診 項 目	回 答 項 目
<受診動機>	
Q 1 健康度評価（簡易）を受診される主な動機をお答え下さい。	1) 運動施設の利用のため 2) 休養施設の利用のため 3) 団体で利用 4) 体験してみたくて 5) 自分の体力が知りたくて 6) その他
<既往歴>	
Q 2 右の病気を治療（食事療法・運動療法も含みます）したことがありますか。 （あるものすべてに○をつけてください）	内科系疾患 1) 高血圧 2) 狭心症・心筋梗塞 3) その他の心臓病 4) 脳卒中 5) がん 6) 糖尿病 7) 高脂血症 8) 肝臓病 9) 腎臓病 10) ぜん息 11) その他（ _____ ） 12) なし 整形外科系疾患（下記の部位） 1) くび 2) 腰 3) 股関節 4) 膝 5) その他（ _____ ） 6) なし
<現病歴>	
Q 3 現在治療中（食事療法・運動療法も含みます）の病気がありますか。 （かかっているものすべてに○をつけてください）	内科系疾患 1) 高血圧 2) 狭心症・心筋梗塞 3) その他の心臓病 4) 脳卒中 5) がん 6) 糖尿病 7) 高脂血症 8) 肝臓病 9) 腎臓病 10) ぜん息 11) 痛風 12) その他（ _____ ） 13) なし 整形外科系疾患（下記の部位） 1) くび 2) 肩 3) 腰 4) 股関節 5) 膝 6) 足首 7) その他（ _____ ） 8) なし
<健診歴>	
Q 4 定期的に健康診断を受けていますか。 （例えば職場や市町村等で）	1) はい 2) いいえ
Q 5 最近2～3年以内に異常を指摘された検査がありますか。	1) 血液 2) 尿 3) 血圧 4) 胸部X線 5) 心電図 6) その他（ _____ ） 7) なし

<家族歴>			
Q 6 次の病気のうち、ご家族（両親、祖父母、兄弟姉妹）がかかったことのあるものに○をつけてください。	1) 高血圧 4) 糖尿病	2) 狭心症・心筋梗塞 5) 該当なし	3) 脳卒中
Q 7 ご家族（両親、祖父母、兄弟姉妹）で50歳未満で突然死を起こした方はいますか。	1) あり	2) なし	
<自覚症状>			
Q 8 自分で健康だと感じていますか。	1) 非常に健康だと思う 3) あまり健康ではない	2) 健康なほうだと思う 4) 健康ではない	
Q 9 今までに、気を失ったりすることがありましたか。（立ちくらみは除きます）	1) はい	2) いいえ	
Q 10 今までに、胸のあたりが重くしめつけられるような痛みがありましたか。	1) はい	2) いいえ	
Q 11 最近、特に運動をしている時以外の生活で動悸がありますか。	1) はい	2) いいえ	
Q 12 最近、2～3か月以内に右記の症状がありますか。	1) 膝関節痛 3) 腰痛	2) 肩関節痛 4) なし	
Q 13 日ごろ疲労感がありますか。	1) はい	2) いいえ	
<歯科>			
Q 14 現在、歯や口腔は健康だと感じていますか。（該当するものすべてに○をつけてください）	1) 健康だと思う 3) 歯をみがくと出血する 5) 口臭が気になる 7) 大きく口を開けると、音がしたり顎が痛む 8) 治療中	2) 歯が痛む 4) 歯がグラグラする 6) 義歯が合わない 9) その他	
Q 15 歯は何本ぐらいありますか。（治療してある歯やむし歯も含みます。）	1) 20本以上ある 3) 10本はない	2) 10本以上ある 4) ない	
Q 16 食事はよくかんで食べるほうですか。	1) じっくりよくかんで食べる 2) あまりかまない 3) 意識していない		
Q 17 毎日、歯みがきをしていますか。	1) 毎日3回以上 4) 時々忘れる	2) 毎日2回 5) みがかない	3) 毎日1回
<休養・保健行動>			
Q 18 日常生活の中で、30分以上くつろぐ時間がありますか。	1) 毎日ある	2) 時々ある	3) ない
Q 19 ストレスを感じた時に、解消することを実際にしていますか。	1) している	2) 時々している	3) していない
Q 20 睡眠が十分とれていますか。	1) 毎日とれている	2) 時々とれない	3) とれていない
Q 21 悩みやストレスを感じた時、相談することができますか。	1) できる	2) 時々できる	3) できない
Q 22 意識して規則的な生活をしていますか。	1) している	2) 時々できない	3) していない

Q23 タバコは吸いますか。	1) 吸わない 2) 以前は吸っていたがやめた(やめて 年) 3) 吸う(1日 本)(吸い始めて 年)
<栄養・食習慣>	
Q24 1日3食を時間を決めて正しくとっていますか。	1) はい 2) いいえ
Q25 食事の量はどれくらいですか。	1) 満腹するまで食べる 2) 腹八分目 3) 決まってない
Q26 料理の味付けは濃い方が好きですか。	1) はい 2) いいえ
Q27 脂分の多い食事をよく食べますか。	1) はい 2) いいえ
Q28 食事を食べる早さは人と比べてどのくらいですか。	1) 人より早い 2) 普通 3) 人より遅い
Q29 お腹が空いていなくても、人につられたり、もったいないと思うと、つい食べてしまうほうですか。	1) はい 2) いいえ
Q30 食物を多く買ったり、多く作ったり、多めに注文をしてしまうほうですか。	1) はい 2) いいえ
<食事バランス> 普段の食事の内容について、お答え下さい。	
Q31-1 肉・魚・卵・大豆及びその製品 (牛肉・豚肉・鳥肉、魚、貝類、豆腐、卵など)	1) ほとんど食べない 2) 週2～3回程度食べる 3) 毎日1回程度食べる 4) 毎日2回食べる 5) 毎食食べる
Q31-2 牛乳・乳製品 (牛乳、チーズ、ヨーグルトなど)	1) ほとんど食べない 2) 週1回程度食べる 3) 週2～3回程度食べる 4) 週4～5回程度食べる 5) 毎日食べる
Q31-3 海そう・小魚 (わかめ、昆布、海苔、しらすなど)	1) ほとんど食べない 2) 週1回程度食べる 3) 週2～3回程度食べる 4) 週4～5回程度食べる 5) 毎日食べる
Q31-4 緑黄色野菜 (ほうれんそう、ピーマン、にんじんなど)	1) ほとんど食べない 2) 週2～3回程度食べる 3) 週4～5回程度食べる 4) 毎日1回程度食べる 5) 毎日2回以上食べる
Q31-5 その他の野菜 (キャベツ、白菜、キュウリ、レタス、白ねぎ、たまねぎ、カリフラワー、大根など)	1) ほとんど食べない 2) 週4～5回程度食べる 3) 毎日1回程度食べる 4) 毎日2回食べる 5) 毎食食べる
Q31-6 果 実 (みかん、かき、すいか、いちご、キウイ、ぶどうなど)	1) ほとんど食べない 2) 週2～3回程度食べる 3) 週4～5回程度食べる 4) 毎日1回程度食べる 5) 毎日2回以上食べる
Q31-7 ごはん・パン・麺・芋類 (甘いパンはQ31-8 菓子・嗜好飲料に入れて下さい)	1) ほとんど食べない 2) 毎日1回程度食べる 3) 毎日2回食べる 4) 毎食食べる 5) 毎食たっぷり食べる

健康度評価簡易コース回答用紙

受付No: _____

性別: _____

年齢: _____

歳

検査日: 2000年 月 日

利用者 ID: _____

氏名: _____

Q1	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Q14	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Q31	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
Q2	内科系疾患 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	Q15	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Q31-2	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
	整形外科系疾患 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	Q16	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Q31-3	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
Q3	内科系疾患 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	Q17	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Q31-4	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
	整形外科系疾患 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	Q18	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Q31-5	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
Q4	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	Q19	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Q31-6	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
Q5	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	Q20	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Q31-7	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
Q6	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	Q21	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Q31-8	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
Q7	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	Q22	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Q31-9	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
Q8	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Q23	(1)吸わない <input type="checkbox"/> (2)やめた <input type="checkbox"/> 年 (3)吸う <input type="checkbox"/> 本 <input type="checkbox"/> 年	Q31-10	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
Q9	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	Q24	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	Q32	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Q10	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	Q25	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Q33	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
Q11	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	Q26	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	Q34	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Q12	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	Q27	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	Q35	(1)全くなし <input type="checkbox"/> (2)最近はじめた <input type="checkbox"/> (3)時々やっている <input type="checkbox"/> (4)3ヶ月以上継続して実施している a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/>
Q13	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	Q28	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Q36	はい <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/>
		Q29	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	Q37	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> Q38 <input type="checkbox"/>
		Q30	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>		
		Dr判定	内 <input type="checkbox"/> 外 <input type="checkbox"/> 精 <input type="checkbox"/> 他 <input type="checkbox"/> レベル <input type="checkbox"/> 医師名 <input type="checkbox"/>	身長	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cm
		疾患コード	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	体重	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kg
		その他コード	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	BMI	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				最高血圧	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mmHg
				最低血圧	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mmHg
				心拍数	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> /分