英語

一般健康診断　問診票

Questionnaire Sheet for General Health Examinations

健康保険被保険者証等（健康保険証）に記載されている記号、番号（枝番）、保険者番号を転記してください。記載いただいた場合は、記号・番号を健診結果とともに加入する保険者へ提供し、健診結果の管理に活用いたします。
Please enter the number, branch (sub)-number, and insurer number on your health insurance card. We provide your insurer with the number and branch-number along with your health examination results for the insurer's management of those results.

記号：
Number:

番号（枝番）：
Branch (Sub)-number:　－

保険者番号：
Insurer number:

団体・会社名：
Organization/Company :

所属部署名：
Department & Section:

氏名
Name:

生年月日：　年　月　日　年齢：　歳　性別：　男・女
Date of Birth:　Y　M　D　Age:　years old　Sex:　Male/Female

分類 Category	No.	質問項目 Questions	回答 Answers
既往歴、業務歴及び自他覚症状（労働安全衛生法に基づく項目） 労働安全衛生法第 66 条第 1 項に基づき記載頂く項目として、同法第 66 条の 5 に基づき事業者が回答者に対して就業上の配慮等の措置を行うため必要な情報として回答結果を健診機関から事業者に提出いたします。 Medical history, work history, and subjective/objective symptoms (items pursuant to the Industrial Safety and Health Act) Pursuant to Paragraph 1, Article 66 of the Industrial Safety and Health Act, the medical institution will provide your responses to your employer. This information is necessary for the employer to consider regarding your work duties to protect your health, in accordance with Article 66-5 of the same act.			
業務歴 Work history	1	これまでに、重量物の取扱いのある業務経験がありますか。 Have you ever handled heavy objects in your work?	①はい Yes ②いいえ No
	2	これまでに、粉塵の多い環境での業務経験がありますか。 Have you ever worked in an environment with lots of rocks, sand, or dust?	①はい Yes ②いいえ No
	3	これまでに、激しい振動を伴う業務経験がありますか。 Have you ever used a machine that vibrates at high speed in your work?	①はい Yes ②いいえ No
	4	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。 Have you ever handled a hazardous substance in your work?	①はい Yes ②いいえ No
	5	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。 Have you ever handled radiation in your work?	①はい Yes ②いいえ No
	6	現在の職場では、どのような勤務体制で働いていますか。 What is your current work shift?	①常時日勤 Always on a day shift ②常時夜勤 Always on a night shift ③交替制（日勤と夜勤の両方あり） On an alternative shift (Both day and night shifts)
	7	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ぐらいですか。（昼食等の休憩時間を除き、時間外労働を含む） What are your average hours worked per day at your current workplace during the past month (excluding lunchtime and break time and including overtime)?	①６時間未満 Less than 6 hours ②６時間以上８時間未満 6 or more hours and less than 8 hours ③８時間以上 10 時間未満 8 or more hours and less than 10 hours ④10 時間以上 10 or more hours

※医師の診断・治療のもとで服薬中の者を指す。
*Medication prescribed by a physician for treatment

分類 Category	No.	質問項目 Questions	回答 Answers
	8	現在の職場での、直近１ヶ月間の１週間あたりの平均的な労働日数はどのぐらいですか。 What are your average days worked per week at your current workplace during the past month?	①３日間未満 Less than 3 days ②３日間以上５日間未満 3 or more days and less than 5 days ③５日間 5 days ④６日間以上 6 or more days
既往歴 Medical history	9	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）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。 Have you ever been told by the doctor you have had a stroke (cerebral hemorrhage, brain infarction, etc.) and received treatment?	①はい Yes ②いいえ No
	10	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）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。 Have you ever been told by the doctor you have a heart disease (angina pectoris, myocardial infarction, etc.) and received treatment?	①はい Yes ②いいえ No
	11	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。 Have you ever been diagnosed as having chronic kidney disease or kidney failure and received treatment (dialysis therapy)?	①はい Yes ②いいえ No
	12	医師から、貧血といわれたことがありますか。 Have you ever been diagnosed as anemic?	①はい Yes ②いいえ No
服薬歴、喫煙歴及び一般的な健康に関する質問項目 事業者への結果提供に同意いただいた場合は、回答結果を健診機関から事業者に提出いたします。 Medication history, smoking history, and general health questionnaire items If you consent to providing your responses to your employer, the medical institution will submit them to your employer.			
（うち服薬歴） (Medication history)		現在、a から c の薬を使用していますか （※医師の診断・治療のもとで服薬中の者を指す。） Are you taking the following medicines at present? （*Medication prescribed by a physician for treatment.）	
	13	a.　血圧を下げる薬 a. Medication to reduce blood pressure	①はい Yes ②いいえ No
	14	b.　血糖を下げる薬又はインスリン注射 b. Medication to reduce blood sugar or insulin injection	①はい Yes ②いいえ No
	15	c.　コレステロールや中性脂肪を下げる薬 c. Medication to reduce your level of cholesterol or of neutral fat	①はい Yes ②いいえ No
（うち喫煙歴） (Smoking history)	16	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 （※「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ヶ月間吸っている 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） Are you currently a heavy smoker? (*“A heavy smoker” is defined as an individual who meets both Conditions 1 and 2 below: Condition 1: Has been smoking over the past month Condition 2: Has smoked for at least 6 months or a total of over 100 cigarettes in their lifetime)	①はい Yes ②いいえ No
体重増加 Body weight gain	17	20 歳の時の体重から 10kg 以上増加していますか。 Have you gained over 10 kg from your weight at age 20?	①はい Yes ②いいえ No
身体活動 Physical activity	18	1 回 30 分以上の軽く汗をかく運動を週 2 日以上、1 年以上実施していますか。 Are you in a habit of doing exercise to sweat lightly for over 30 minutes a time, 2 times weekly, for over a year?	①はい Yes ②いいえ No
	19	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。 In your daily life do you walk or do any equivalent amount of physical activity for more than one hour a day?	①はい Yes ②いいえ No
	20	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。 Is your walking speed faster than the speed of those of your age and sex?	①はい Yes ②いいえ No
歯の状態	21	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ことができる

分類 Category	No.	質問項目 Questions	回答 Answers
Teeth condition		Which of these best describes your condition while eating and chewing on food?	I can chew on anything. ②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 Sometimes I have difficulty chewing due to problems of tooth, gum, or occlusion. ③ほとんどかめない I can hardly chew.
食習慣 Dietary habits	22	人と比較して食べる速度が速いですか。 Is your eating speed quicker than others?	①速い Quicker ②ふつう Normal ③遅い Slower
	23	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。 Do you eat supper two hours before bedtime more than 3 times a week?	①はい Yes ②いいえ No
	24	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。 Do you eat snacks or drink sweet beverages between meals?	①毎日 Everyday ②時々Sometimes ③ほとんど摂取しない Rarely eat
	25	朝食を抜くことが週に 3 回以上ありますか。 Do you skip breakfast more than 3 times a week?	①はい Yes ②いいえ No
飲酒の状況 Alcohol consumption	26	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）はどの位の頻度で飲みますか。 （※「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） How often do you drink? (sake, shochu, beer, wine, whisky, or brandy, etc.) (*“Quit drinking” is defined as the state of an individual who previously drank habitually at least once a month but has not consumed any alcohol for the past year or longer.)	①毎日 Everyday ②時々Sometimes ③ほとんど飲まない（飲めない） Rarely drink (Cannot drink)
	27	飲酒日の１日当たりの飲酒量はどの位ですか。 日本酒１合（アルコール度数１５度・１８０ｍｌ）の目安：ビール（同５度・５００ｍｌ）、焼酎（同２５度・約１１０ｍｌ）、ワイン（同１４度・約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） How much do you drink per day? Sake (15% alcohol, 180 mL); beer (5% alcohol, 500 mL); Shochu (25% alcohol, approx. 110 mL); wine (14% alcohol, approx. 180 mL); whiskey (43% alcohol, 60 mL); canned Chuhai (5% alcohol, approx. 500 mL; 7% alcohol, approx. 350 mL)	①１合未満 Less than 180 ml ②１～２合未満 180 - 360 ml ③２～３合未満 360 - 540 ml ④３合以上 More than 540 ml
休養 Sleeping	28	睡眠で休養が十分とれていますか。 Do you sleep well and enough?	①はい Yes ②いいえ No
生活習慣改善意向 Disposition to improve life habits	29	運動や食生活等の生活習慣を改善しようと思っていますか。 Do you want to improve your life habits of eating and exercising?	①改善するつもりはない Don’t want to ②改善するつもりである（概ね６か月以内） Do want to (within 6 months) ③近いうちに（概ね１か月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている Want to improve in near future (within a month) and began to start ④既に改善に取り組んでいる（６か月未満） Already trying to improve (less than 6 months) ⑤既に改善に取り組んでいる（６か月以上） Already trying to improve (over 6 months)
	30	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。 Have you ever received specific health guidance regarding lifestyle improvements?	①はい Yes ②いいえ No
その他 Other	31	何か健康について相談したいことがありますか。 Do you have any health issue on which you need consultation?	①はい Yes ②いいえ No

分類 Category	No.	質問項目 Questions	回答 Answers
女性特有の健康課題に係る質問 本項目は、回答者の個々の回答結果を健診機関から事業者、保険者等に提供することはありません。ただし、同じ事業者に所属する回答者の回答の匿名化された集計結果（10 人以上場合に限る。）については、女性の健康課題に配慮した職場環境の改善等のため事業者、保険者等から提供依頼があった場合は、健診機関から事業者、保険者等に提供します。 ご自身の結果についてこの集計の対象としてほしくない場合はチェックを入れてください。 Question regarding women's health issues The medical institution will not provide your individual responses to these items to your employer or insurer. However, if requested by the employer or insurer, the medical institution will provide them with anonymized, aggregated results for respondents belonging to the same organization (provided that there are 10 or more of them) so they can improve the workplace environment by considering women's health issues. Please check the box if you do not want your response to be included in the aggregated results.			
	32	女性特有の健康課題（月経困難症、月経前症候群、更年期障害など）で職場において困っていることがありますか。 Are you experiencing any difficulties at your workplace due to women's health issues (e.g., dysmenorrhea [menstrual cramps], PMS, or menopausal disorders)?	①はい ②いいえ (1) Yes (2) No

＊本問診票は、労働安全衛生法に基づく定期健康診断等と高齢者の医療の確保に関する法律に基づく特定健康診査の項目を同時に実施する場合の、標準的な問診票です。

＊＊「女性特有の健康課題に係る問診」の運用については、「女性特有の健康課題に関する問診に係る健診機関実施マニュアル」及び「女性特有の健康課題に関する問診を活用した女性の健康管理支援実施マニュアル」をご参照ください。
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_68776.html

*This questionnaire is presented in a standard format for cases where the periodic health checkup under the Industrial Safety and Health Act and the specific health checkup under the Act on Assurance of Medical Care for Elderly People are conducted simultaneously.

**To conduct "medical interviews on women's health issues," please refer to the "Manual for Medical Institutions Regarding Medical Interviews on Women's Health Issues" and "Manual for Health Management Support Utilizing Medical Interviews on Women's Health Issues." https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_68776.html