

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)	<p>内科系疾患</p> 1) 高血圧 2) 狹心症・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 <p>整形外科系疾患（下記の部位）</p> 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)	<p>内科系疾患</p> 1) 高血圧 2) 狹心症・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 <p>整形外科系疾患（下記の部位）</p> 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) 狹心症・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) 每日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とも、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 3) 每日1回程度食べる 5) 每食食べる	2) 週2～3回程度食べる 4) 每日2回食べる
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 3) 週2～3回程度食べる 5) 毎日食べる	2) 週1回程度食べる 4) 週4～5回程度食べる
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 3) 週2～3回程度食べる 5) 毎日食べる	2) 週1回程度食べる 4) 週4～5回程度食べる
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 3) 週4～5回程度食べる 5) 毎日2回以上食べる	2) 週2～3回程度食べる 4) 毎日1回程度食べる
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 3) 毎日1回程度食べる 5) 每食食べる	2) 週4～5回程度食べる 4) 每日2回食べる
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 3) 週4～5回程度食べる 5) 毎日2回以上食べる	2) 週2～3回程度食べる 4) 每日1回程度食べる
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 3) 毎日2回食べる 5) 每食たっぷり食べる	2) 毎日1回程度食べる 4) 每食食べる

Q31-8 菓子・嗜好飲料（砂糖含む） (菓子・ケーキ類、菓子パン、缶コーヒー、甘いジュース類など)	1) ほとんど食べない(飲まない) 2) 週4～5回程度食べる(飲む) 3) 每日1回程度食べる(飲む) 4) 毎日2回食べる(飲む) 5) 每日3回以上食べる(飲む)
Q31-9 アルコール (ビール、酒、ウイスキー、ワインなど)	1) ほとんど飲まない 2) 週1～2回程度飲む 3) 週4～5回程度飲む 4) 毎日1回程度飲む 5) 毎日2回以上飲む
飲まれる方は、1回どのくらいの量で	1) 酒（ビール大ビン）2本以上 2) 酒（ビール大ビン）2本未満
Q31-10 油脂 (油を使った料理およびマヨネーズ、ドレッシング、バター、マーガリンなど)	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) 每食適量食べる

<運動>

Q32 あなたの日常生活は、右の3つのうちのどれに一番近いですか。	1) ゆっくり歩行や家事などの活動が2時間程度、かつ普通歩行が1時間程度の活動の場合 (主婦、高齢者など自宅中心の生活者、事務職) 2) 立位や身体活動を伴う作業（接客業等含む）を3時間程度、かつ普通歩行あるいは軽いスポーツ等を2時間程度を含む場合。 3) 立位や身体活動を伴う作業が多い仕事の従事者。あるいは激しいスポーツ等を行っている場合。 (ゆっくり歩行・家事等3～4時間かつ普通歩行3時間程度、かつ運動・労働などの高強度の活動1時間程度)
Q33 日常生活の中で、階段を昇るなど、なるべく身体を動かすように心がけていますか。	1) はい 2) いいえ
Q34 普段歩く時の速さは、どの位ですか。	1) さっさと歩く 2) ゆっくり歩く 3) 特に意識していない
Q35 定期的に継続している運動はありますか。	1) 全くなし 2) 最近はじめた（3ヶ月以内） 3) 時々やっている（やったりやらなかつたり） 4) 3ヶ月以上継続して実施している a) 週1回、1回30分以上の運動 b) 週2回、1回30分以上の運動 c) 週3回以上、1回30分以上の運動 d) 週3回以上、1回30分以上の激しい運動

<以下の質問は、女性のみお答えください>

Q36 現在妊娠していますか。	1) はい か月 2) いいえ 3) わからない
Q37 現在、授乳中（母乳のみ）ですか。	1) はい 2) いいえ
Q38 出産後1年以内ですか。	1) はい 2) いいえ

健康度評価簡易コース回答用紙

受付No:

検査日: 200 年 月 日 利用者 ID: _____

性別:

年齢:

歳

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 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) 無く <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 <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"/>	a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/>																														
	Q29 はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	Q36 はい <input type="checkbox"/> ヶ月 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/>																														
	Q30 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"/>																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Dr判定</th> <th>内</th> <th>外</th> <th>精</th> <th>他</th> <th>レバ</th> <th>ル</th> <th>医師名</th> <th>身長</th> <th>cm</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>疾患コード</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>体重 kg</td> </tr> <tr> <td>その他コード</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>B M I</td> </tr> </tbody> </table>			Dr判定	内	外	精	他	レバ	ル	医師名	身長	cm	疾患コード	<input type="checkbox"/>	体重 kg	その他コード	<input type="checkbox"/>	B M I														
Dr判定	内	外	精	他	レバ	ル	医師名	身長	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 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"/>	B M I																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th>最高血圧 mmHg</th> <th>最低血圧 mmHg</th> <th>心拍数 /分</th> </tr> </thead> </table>			最高血圧 mmHg	最低血圧 mmHg	心拍数 /分																											
最高血圧 mmHg	最低血圧 mmHg	心拍数 /分																														