

受診年月日 年 月 日

フリガナ

氏名

男 ・ 女

生年月日 S ・ H

年 月 日

歳

既往歴：(過去にかかったことがある病気や手術歴等) なし・あり() 職歴：(例) 営業〇年・製造〇年(製造していたもの)

治療中の病気 (『あり』の場合は該当事項にチェックをしてください) あり なし

<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> 脳血管障害	<input type="checkbox"/> 皮膚病	<input type="checkbox"/> 泌尿器系の病気
<input type="checkbox"/> 高脂血症	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞	<input type="checkbox"/> 貧血症	<input type="checkbox"/> 肝臓病	<input type="checkbox"/> 呼吸器系の病気
<input type="checkbox"/> 胆石	<input type="checkbox"/> 腎臓病	<input type="checkbox"/> 痛風	<input type="checkbox"/> 花粉症	<input type="checkbox"/> 胃・十二指腸の病気
<input type="checkbox"/> 膵臓病	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 婦人科的病気	<input type="checkbox"/> 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> その他(病名:)

自覚症状 (『あり』の場合は該当事項にチェックをしてください) 特になし

呼吸器	<input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい	<input type="checkbox"/> 目が疲れる・かすむ	<input type="checkbox"/> 胃が痛む	泌尿器	<input type="checkbox"/> 尿に血が混じる
	<input type="checkbox"/> 咳やたんが出る	<input type="checkbox"/> 目やに・涙がでる	<input type="checkbox"/> 下痢をする		<input type="checkbox"/> 尿をすると痛む
	<input type="checkbox"/> 鼻づまり・鼻汁が出る	<input type="checkbox"/> 視力が低下した	<input type="checkbox"/> 便秘をする		<input type="checkbox"/> 残尿感がある
	<input type="checkbox"/> のどが痛い		<input type="checkbox"/> 黒い便が出る		<input type="checkbox"/> 尿の回数が多い
	<input type="checkbox"/> 声がかすれる		<input type="checkbox"/> 食欲がない	皮膚	<input type="checkbox"/> おできがしやすい
神経	<input type="checkbox"/> 頭が痛い・重い	耳	<input type="checkbox"/> 胃がはる・もたれる		<input type="checkbox"/> かゆみがある
	<input type="checkbox"/> 手足がしびれる		<input type="checkbox"/> 胸やけがする		<input type="checkbox"/> 湿疹がよくでる
筋骨格	<input type="checkbox"/> 手足や関節が痛む		<input type="checkbox"/> のどが渇く	全身	<input type="checkbox"/> 物忘れがよくある
	<input type="checkbox"/> 首や肩が痛い	循環器	<input type="checkbox"/> 眠れない		<input type="checkbox"/> 寝汗をかく
	<input type="checkbox"/> 首や肩がこる		<input type="checkbox"/> 体がだるい		<input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 背中や腰が痛む		<input type="checkbox"/> 疲れがとれない	全身	<input type="checkbox"/> その他()
		全身	<input type="checkbox"/> イライラする	症状	
			<input type="checkbox"/> 動悸・息切れ		
			<input type="checkbox"/> 胸をしめつける痛み		
			<input type="checkbox"/> 息苦しい		
			<input type="checkbox"/> 顔や足がむくむ		
			<input type="checkbox"/> 手足が冷える		

薬の使用の有無(「はい」の場合は薬名もご記入ください)				飲酒歴・改善				
血圧を下げる薬(薬名:)	はい	1	いいえ	2	※お酒を飲む頻度 毎日・時々・ほとんど飲まない			
インスリン、血糖を下げる薬(薬名:)	はい	1	いいえ	2	※よく飲むお酒の種類 清酒・焼酎・ビール・洋酒・その他			
コレステロールを下げる薬(薬名:)	はい	1	いいえ	2	※飲酒日の1日あたりの飲酒量 目安: ・清酒1合(180ml) ・ビール中瓶1本(約500ml) ・焼酎35度(80ml) ・ウイスキーダブル1杯(60ml) ・ワイン2杯(240ml)			
症 状				飲酒年数				
医師から、脳卒中(脳出血・脳梗塞など)にかかっていると 言われたり、治療を受けたことがありますか?	はい	1	いいえ	2	1合未満	1	1~2合未満	2
医師から、心臓病(狭心症・心筋梗塞など)にかかっていると 言われたり、治療を受けたことがありますか?	はい	1	いいえ	2	2~3合未満	3	3合以上	4
医師から、慢性の腎不全にかかっていると 言われたり、治療(人工透析)を受けたことがありますか?	はい	1	いいえ	2	睡眠で休養が十分とれている			
医師から貧血と言われたことがありますか?	はい	1	いいえ	2	はい	1	いいえ	2
現在たばこを習慣的に吸っている(合計100本以上、または 6ヶ月以上吸っている、最近1ヶ月間も吸っている)	はい	1	いいえ	2	運動や食生活などの生活習慣を改善しよう と 思いますか?			
喫煙されている方	1日	本	喫煙年数	年	1 改善するつもりはない			
20歳のときの体重から10kg以上増加している	はい	1	いいえ	2	2 改善するつもりである (概ね6ヶ月以内)			
1日30分以上の軽い汗をかく運動を週2日以上、1年以上 実施している	はい	1	いいえ	2	3 近いうちに(概ね1ヶ月以内)改善する つもりであり、少しずつ始めている			
日常生活において、歩行または同等の身体活動を1日1時間 以上実施している	はい	1	いいえ	2	4 既に改善に取り組んでいる (6ヶ月未満)			
ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い	はい	1	いいえ	2	5 既に改善に取り組んでいる (6ヶ月以上)			
この1年間で体重の増減が、±3kg以上あった	はい	1	いいえ	2	生活習慣の改善について保健指導を受ける 機会があれば、利用しますか?			
人と比べて食べる速度が速い	速い	普通	遅い		はい	1	いいえ	2
就寝前の2時間以内に夕食をとることが週3回以上ある	はい	1	いいえ	2				
夕食後に間食(3食以外の夜食)をとることが週3回以上ある	はい	1	いいえ	2				
朝食を抜くことが週3回以上ある	はい	1	いいえ	2				
※ 直前の食事時間 AM ・ PM				:	はい	1	いいえ	2