

※この用紙はコンピュータで処理しますので折ったり、曲げたりしないでください

71

### 健康診断問診票

000005

記入例

16

質問事項に対し  を該当する  にご記入ください

恵生会001株式会社

※ **青枠内**をご記入ください。「はい」「いいえ」に○をせず  
該当するところに  をご記入ください。

2400006)

【ご本人様 記入欄】

● 以下の31項目の問診で  を該当する  にご記入ください

1. これまでに、重量物の取扱いの経験がありますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2. これまでに、粉塵の取扱いのある業務経験がありますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3. これまでに、激しい振動を伴う業務経験がありますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
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	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
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	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
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 <input type="checkbox"/> 常時日勤 <input type="checkbox"/> 常時夜勤 <input type="checkbox"/> 交替制(日勤と夜勤の両方あり)		
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くらいですか <input type="checkbox"/> 6時間未満 <input type="checkbox"/> 6時間以上8時間未満 <input type="checkbox"/> 8時間以上10時間未満 <input checked="" type="checkbox"/> 10時間以上		
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くらいですか <input type="checkbox"/> 3日間未満 <input type="checkbox"/> 3日間以上5日間未満 <input type="checkbox"/> 5日間 <input checked="" type="checkbox"/> 6日間以上		
9. 血圧を下げる薬を飲んでいますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
10. 血糖を下げる薬を飲んで、またはインスリン注射をしていますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
11. コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
12. 医師から脳卒中(脳出血、脳梗塞等)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	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
13. 医師から心臓病(狭心症、心筋梗塞等)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	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
14. 医師から慢性腎臓病や腎不全にかかっていると言われたり治療(人工透析など)を受けていますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
15. 医師から貧血と言われたことがありますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
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) <input type="checkbox"/> はい(条件1と条件2を両方満たす) <input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが最近1ヶ月間は吸っていない(条件2のみ満たす) <input checked="" type="checkbox"/> いいえ(左記以外)	<b>電子たばこも含まます</b>	
17. 20歳の時の体重から10kg以上増加していますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
18. 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週に2日以上、1年以上実施していますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
19. 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ますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
20. ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が遅いですか	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
21. 食事を噛んで食べるときの状態は <input type="checkbox"/> 何でも噛める <input checked="" type="checkbox"/> 噛みにくいことがある <input type="checkbox"/> ほとんど噛めない		
22. 人と比較して食べる速度が遅いですか <input type="checkbox"/> 速い <input checked="" type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 遅い		
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	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
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 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんどない		

※裏面の問診もご記入ください。



**裏面**の問診もご記入ください。

## 【ご本人様 記入欄】

25. 朝食を抜くことが週に3回以上ありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
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)	<input type="checkbox"/> 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)	
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)	<input type="checkbox"/> 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
28. 睡眠で休養が十分とれていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
29. 運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか	<input type="checkbox"/> 思わない	<input type="checkbox"/> 6か月以内に	<input type="checkbox"/> 1か月以内に	<input type="checkbox"/> 最近実施中	<input type="checkbox"/> 半年以上続けている
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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
31. 何か健康について相談したいことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			



記入もれがないか、ご確認ください。  
ご協力ありがとうございます。