

# 基本問診票①の記入要領

How to fill out the medical questionnaire

別紙の個人情報保護方針をご確認のうえ、同意いただける方は『 / 』をご記入ください。

## 【既往歴】

※既往歴等の記入いただきました内容については、全て事業場様または健康保険組合様等のご契約先に報告いたします。内容・報告に関してご不明な点は、会場で職員にお尋ねください。

①必ず病歴なし・右記（前回内容）と同じ・病名の追加・変更ありのいずれか一つを選択し、ご記入ください。

※全て鉛筆でご記入ください。検査内容に依りて、他にも問診票も同封しております。併せてご記入ください。



詳しくは、（公財）福岡労働衛生研究所のホームページでもご覧いただけます。  
URL <http://www.rek.or.jp>  
e-mail [info@rek.or.jp](mailto:info@rek.or.jp)



001 基本問診票①

カルテNo. 0040002676  
個人No. 000004137999  
受診日 2020年04月00日

生年月日 1960/01/01  
所属団体: (公財)福岡労働衛生研究所  
標準日 2020/04/01  
性別 男性 年齢 60歳  
カナ氏名: テスト ロウエイケン  
漢字氏名: テスト 労衛健 様

別紙「健康診断のご案内」の裏面にあります「個人情報保護について」をご同意頂けますか。 はい

記入方法 8 → 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

**既往歴** 以下の一覧表の病気にかかったことがありますか。もしかかったことがあれば、病名をコード番号から、年齢と現在の症状（経過）を数字にてご記入ください。

本人の病歴 なし  病名の追加・変更あり   
右記（前回内容）と同じ  追記してください

【経過】  
1. 放置: 医師より治療中の指示があるが自己中断している病気  
2. 治療中(服薬中): 現在、医師のもとで服薬治療中の病気  
3. 治療中(観察中): 現在、医師による定期的な検査、指導を受けている病気  
4. 手術: 過去に手術を受けた病気  
5. 治癒: 治療が終了した病気

コード	病名	コード	病名	コード	病名	コード	病名
01	脳梗塞	19	甲状腺疾患	37	ピロリ菌感染症	55	関節リウマチ
02	脳出血(クモ膜下出血など)	20	貧血	38	胃潰瘍	56	その他の整形外科疾患
03	その他の脳・神経疾患	21	その他の血液疾患	39	十二指腸潰瘍	57	皮膚疾患
04	肺結核	22	脂肪肝	40	大腸ポリープ	58	精神疾患
05	気胸	23	アルコール性肝障害	41	炎症性腸疾患	59	良性乳房疾患
06	慢性閉塞性肺疾患	24	肝炎(急性肝炎・慢性肝炎など)	42	腸閉塞	60	その他の乳房疾患
07	じん肺・石綿肺	25	その他の肝臓疾患	43	大腸憩室炎	61	子宮異形成
08	気管支喘息	26	胆のう・胆道疾患	44	肛門疾患(痔など)	62	子宮筋腫
09	肺炎・気管支炎	27	膵臓疾患(膵炎など)	45	その他の胃・腸疾患	63	その他の婦人科疾患
10	その他の呼吸器系疾患	28	腎障害(腎炎・腎症・ネフローゼなど)	46	アレルギー疾患	64	肺がん
11	高血圧症	29	慢性腎臓病(CKD)	47	白内障	65	胃がん
12	虚血性心疾患	30	人工透析	48	緑内障	66	大腸がん
13	不整脈	31	尿路結石	49	その他の眼科疾患	67	乳がん
14	大動脈瘤及び解離	32	前立腺疾患	50	難聴(先天性・突発性など)	68	子宮頸がん
15	その他の心臓・循環器系疾患	33	その他の腎・泌尿器疾患	51	耳疾患(中耳炎・メニエール病など)	69	前立腺がん
16	糖尿病(境界型含む)	34	食道疾患(逆流性食道炎など)	52	鼻疾患(副鼻腔炎など)	70	その他の悪性新生物
17	脂質異常症	35	胃ポリープ	53	骨粗鬆症	71	その他
18	高尿酸血症・痛風	36	胃炎	54	椎間板ヘルニア		

**一覧表**

コード 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18

コード 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35

コード 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54

コード 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71

**自覚症状** 自覚症状について（最近気になる症状がありましたら、該当項目にチェックをつけてください。（複数回答可））

00	該当なし	09	声がかすれてぜいぜいする	18	腹痛	27	手足のしびれ
01	頭痛・頭重感	10	胸痛	19	便秘	28	不安感
02	めまい・立ちくらみ	11	どろき	20	下痢	29	憂うつ感
03	舌がもつれる	12	息切れ	21	血便	30	イライラ感
04	耳鳴り	13	脈が不規則になることがある	22	血尿	31	よく眠れない
05	視力低下	14	胃痛	23	頻尿	32	疲れやすい
06	のどの渇き	15	胸やけ	24	残尿感	33	やせた
07	1か月以上咳や痰が続く	16	吐き気	25	排尿障害	34	胃もたれ
08	6か月以内に血痰があった	17	食欲不振	26	腰痛・関節痛	35	その他(肩こり)

女性の方に質問です。現在生理中ですか。  はい  いいえ 現在授乳中ですか。  はい  いいえ 現在妊娠中ですか。  はい  いいえ 可能性がある

氏名・生年月日等の個人情報をご確認ください

## 【既往歴】

②下表の疾患コード一覧表より該当項目を選択し、疾患コード・病名・発症年齢をご記入ください。（病歴が無い場合は、こちらの欄は空欄になります。）

③経過の欄は左の枠より選択し、1桁の数字でご記入ください。治療中疾患については、2治療中（服薬中）と3治療中（観察中）とありますので、ご注意ください。

④疾患名が6つ以上ある場合は、治療中疾患から優先にご記入ください。

⑤ご不明な点は受診時に職員へお尋ねください。

## 【自覚症状】

①該当項目の右側の枠にご記入ください。（複数回答可）

②35番のその他を選択された方は（ ）内に症状をご記入ください。

女性の方のみ、該当項目の右側の枠にご記入下さい。

【生活習慣】・・・たばこ

該当項目の右側の枠に『 / 』を、  
数値の場合は2桁で記入ください。

吸う・今はやめているを選択された方は、

①喫煙開始年齢・1日の喫煙本数・喫煙年数を2桁数字でご記入下さい。

②『今はやめている』を選択された場合は禁煙時年齢もご記入ください。

生活習慣について

問01 たばこを吸いますか。  吸う  今はやめている  以前から吸わない  
たばこを吸われたことがある方はお答えください  
 喫煙開始年齢  歳 禁煙時年齢  歳  
これまでに吸ったたばこの1日の平均本数と喫煙年数をご記入ください(※禁煙された方もお答えください)  
 $12$  本/日 ×  $25$  年 = 喫煙指数

問02 お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどの程度ですか。  毎日  時々  ほとんど飲まない(飲めない)

問03 問2の質問で『毎日』又は『時々』の方のみお答えください。  
飲酒日の1日あたりの飲酒量はどの程度ですか。  
※日本酒1合(180ml)の目安: ビール(500ml)、焼酎25度(110ml)、ウイスキー(60ml)、ワイン(240ml)  
 1合未満  1~2合未満  2~3合未満  3合以上

問04 朝食を食べないことが週に3回以上ありますか。  はい  いいえ

問05 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。  毎日  時々  ほとんど摂取しない

問06 人と比較して食べる速度が速いですか。  速い  普通  遅い

問07 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。  何でもかんで食べることができる  書や歯で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  ほとんどかめない

問08 20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。  はい  いいえ

問09 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。  はい  いいえ

問10 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。  はい  いいえ

問11 ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。  はい  いいえ

問12 睡眠で休養が十分とれていますか。  はい  いいえ

問13 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。  はい  いいえ

問14 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。(※いずれか1つ選択)  
 改善するつもりはない  改善するつもりである(概ね6か月以内)  
 既に改善にとりかんでいる(概ね6か月未満)  既に改善にとりかんでいる(6か月以上)

問15 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。  はい  いいえ

【生活習慣】

③全ての該当項目の右側の枠に『 / 』を、記入ください。

【家族歴】

①必ず家族の病歴なし・右記(前回内容と同じ)・病名の追加・変更ありのいずれか一つを選択し、ご記入ください。

家族歴 血縁の方で一覧表の病名にかかったことがありますか。もしかかった場合は、病名を番号で候補を一覧表より選び、記入欄にご記入ください。

家族の病歴 なし    
 右記(前回内容)と同じ    
 病名の追加・変更あり

コード	病名(印字は前回内容)	父	母	兄弟姉妹	おじおば
01	( )	/			
88	( )				
88	( )				
88	( )				
88	( )				

一覧表

コード	病名	コード	病名
01	脳卒中		
02	高血圧症		
03	虚血性心疾患		
04	糖尿病(境界型含む)		
05	脂質異常症		
06	肺がん		
07	胃がん		
08	大腸がん		
09	乳がん		
10	子宮頸がん		
11	前立腺がん		
12	その他の悪性新生物		

【家族歴】

②病名追加・変更ありの場合は、右の一覧より該当コードを選択し、ご記入ください。

業務歴

前回の健康診断以降に従事した業務を下欄より選択してください。

<input type="checkbox"/> 該当なし	<input type="checkbox"/> 高熱業務	<input type="checkbox"/> じんあい・粉じん業務	<input type="checkbox"/> 重激業務	<input checked="" type="checkbox"/> 深夜業務	<input type="checkbox"/> 病原体汚染業務
	<input type="checkbox"/> 低温業務	<input type="checkbox"/> 異常気圧業務	<input type="checkbox"/> 騒音業務	<input type="checkbox"/> 有害物質取扱業務	<input type="checkbox"/> 有毒ガス蒸気粉塵業務
	<input type="checkbox"/> 放射線業務	<input type="checkbox"/> 振動業務	<input type="checkbox"/> 坑内業務	<input type="checkbox"/> その他( )	

【業務歴】

該当項目の左側の枠にご記入下さい(その他を選択された方は( )内にご記入ください)