

# 節目検診問診表

下記の質問にお答え下さい。検査・保健指導の参考にさせていただきます。

氏名		血液型	
		型	
食事	普段食事を作っているのはどなたですか		本人 家族 ( ) 無
	朝食) ご飯 パン 魚 肉 野菜 その他 ( )		
	昼食) 弁当 (手作り・市販) 食堂 その他 ( )		
	夕食) ご飯 魚 肉 野菜 惣菜 その他 ( )		
	1日の食事時間はだいたい決まっていますか		はい いいえ
	寝る前2時間は何も食べないようにしていますか		はい いいえ
	間食や糖分の入った飲み物を習慣的に摂取しますか		はい いいえ
運動	習慣的に運動をしていますか		はい いいえ ↳ 週に ( ) 回 ( ) を ( ) 分間
飲酒	お酒を飲む頻度	飲む → 週に ( ) 回 飲まない	
	(お酒を飲む方は) 1日当たりの飲酒量	ビール ( ) ml 日本酒 ( ) 合 焼酎 原液 ( ) 合 その他 (種類) を ( ) ml	
喫煙	喫煙している		喫煙していない
	以前喫煙していた		
	1日の喫煙本数 ( ) 本	喫煙年齢 ( ) 才 ~ ( ) 才	
	加熱式たばこ等使用状況 有 無	加熱式たばこ等使用年齢 ( ) 才 ~ ( ) 才	
禁煙にチャレンジしたことはありますか		有 無	ある場合は期間 ( )
その他	休養が十分取れていますか		はい いいえ
	自分の健康のために、食生活・運動・その他で特に気をつけていることはありますか		ある ない
	これまでに減量に取り組んだ経験はありますか		ある ない
	体重を定期的に測定していますか		はい いいえ
	(自由記入欄) 生活習慣、健康上気になることがあれば御記入ください。		

今までの病気やケガの状況を教えてください。

既往歴				アレルギーはありますか？
時期	病名	治療内容	病院名	食物：無・有 ( )
				薬品：無・有 ( )
				その他：無・有 ( )
				今、飲んでいる薬を教えてください。 ( 無・有 )

年 月 日 看護師サイン