

一般問診票 1

コース	受診予定日
節目健診 (トヨタ従業員以外)	

所属	所属名称	従業員番号	カナ氏名/氏名	年齢	性別

\*は前回回答内容

既往歴	既往年齢	手術年齢	自覚症状	ない	時々	いつも
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
脳卒中			1 疲れやすく、だるい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心臓疾患			2 頭が重かったり、頭痛がする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
高血圧			3 ふらつきやめまいがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肝臓疾患			4 胸が圧迫されたり、締めつけられる感じがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胃・十二指腸潰瘍			5 動悸や息切れがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
糖尿病			6 脈が乱れること (不整脈) がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腎臓疾患			7 咳がでる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
喘息			8 痰に血が混じる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
結核			9 尿がでにくく排尿に時間がかかる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腰痛			10 体のむくみがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
貧血			11 食欲がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
がん			12 吐き気がする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
高尿酸血症			13 空腹時、食後にみぞおちが痛む	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
大腸疾患			14 下痢や便秘をする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
高脂血症			15 黒い便、血便が出る	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
家族歴	祖父母	父母	兄弟			
脳卒中	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
狭心症・心筋梗塞	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
その他の心臓疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
高血圧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
肝臓疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
腎臓疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			16 腰が痛む	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			17 手足のしびれや痛みがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			18 理由もなく、のどが渇くことがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			19 歯がしみたり、痛む	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			20 眠れないことがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			21 会議や運転中に強烈な眠気を感じる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			22 睡眠中呼吸が停止 (10秒以上) すると言われた事がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			23 自覚的なストレスは多い方ですか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
			24 この1ヵ月間気分が沈んだり、憂鬱な気持ちになったりすることがよくありましたか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
			25 この1ヵ月間物事に対して興味がわかない、心から楽しめない感じがよくありましたか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
			その他			
			26 ここ一年以内に気を失った事がありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
			27 アレルギーや特異体質はありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
			28 眼の矯正はしていますか	<input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> 眼鏡	<input type="checkbox"/> コンタクト
			29 健康相談を希望されますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
			30 現在、妊娠中またはその可能性がありますか <女性のみ>	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	

通院状況	1	病名		病名		
		受診頻度	診療内容	受診頻度	診療内容	
	治療年月	開始	終了	治療年月	開始	終了
	2	病名		病名		
受診頻度		診療内容	受診頻度	診療内容		
	治療年月	開始	終了	治療年月	開始	終了

一般問診票 2

コース 受診予定日  
 節目健診 (トヨタ従業員以外)

所属	所属名称	従業員番号	カナ氏名/氏名	年齢	性別

生活習慣	①睡眠時間	熟睡できますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	(一日平均睡眠時間⇒)	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> 時間	
	②労働時間			(一日平均労働時間⇒)	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> 時間	
	③食習慣	食事の量	<input type="checkbox"/> 少量 <input type="checkbox"/> 五分目 <input type="checkbox"/> 腹八分目 <input type="checkbox"/> 決まっていない <input type="checkbox"/> 満腹になるまで			
		人と比較して食べる速度が速いですか	<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 遅い			
		かみ合わせの状態	<input type="checkbox"/> なんでもかめる <input type="checkbox"/> かみにくいことがある <input type="checkbox"/> ほとんどかめない			
		朝食の摂取	<input type="checkbox"/> 全く食べない <input type="checkbox"/> 時々食べない <input type="checkbox"/> 確実に毎日食べる			
		夕食を食べてから就寝までの時間	<input type="checkbox"/> 1H未満 <input type="checkbox"/> 1-2H <input type="checkbox"/> 2H以上			
		夕食後に間食をとることが週に3回以上ありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
	④体重	20才時の体重からおおむね10kg以上増加していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
		体重測定の実行頻度はありますか	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 2~3日/週 <input type="checkbox"/> 月1回程度 <input type="checkbox"/> しない			
⑤運動習慣	定期的に運動をしていますか	<input type="checkbox"/> はい → 頻度(運動習慣) <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 2日以上/週 <input type="checkbox"/> 1日/週				
		<input type="checkbox"/> いいえ 量(運動習慣) <input type="checkbox"/> 30分未満 <input type="checkbox"/> 30分-60分未満 <input type="checkbox"/> 60分以上				
	同世代の同性と比較して歩く速度が速いと感じていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
	日常生活において歩行又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 type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
	平均的な1日(平日)に座っている時間を教えてください	<input type="checkbox"/> 3時間未満 <input type="checkbox"/> 3時間以上5時間未満 <input type="checkbox"/> 5時間以上7時間未満				
		<input type="checkbox"/> 7時間以上9時間未満 <input type="checkbox"/> 9時間以上				
⑥飲酒	お酒を飲みますか	<input type="checkbox"/> はい → 頻度(飲酒) <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 3日/週 <input type="checkbox"/> 時々				
		<input type="checkbox"/> いいえ 量(飲酒) <input type="checkbox"/> 1合 <input type="checkbox"/> 2合 <input type="checkbox"/> 3合以上				
	飲酒日の1日当たりの飲酒量 ※清酒1合(180ml)の目安 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)					
⑦喫煙	現在タバコを習慣的に吸っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
	(習慣的とは、6カ月以上吸っており、且つ最近1ヶ月間も吸っていること)					
	1日平均喫煙本数(吸っていた頃も含む)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 本				
	喫煙年数	<input type="text"/> <input type="text"/> 年間				
あなたの健康ステージについて		実行する気が全くない	今後は始めるつもりがある	ときどきは実行している	実行して6ヶ月以内	実行して6ヶ月以上
①食事	健康ステージ 1 食事: バランス・カロリーを意識した食生活	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②運動	健康ステージ 2 運動: 定期的な運動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③飲酒	健康ステージ 3 飲酒: 禁酒(節酒)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④喫煙	健康ステージ 4 喫煙: 禁煙	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<健康上気になることがあればご記入ください>