

お名前	性別	生年月日		
	男・女	明・大 昭・平	年	月 日

職種	自営業、管理職、専門職、事務職、労務・サービス職、農業、主婦、学生、無職、その他()			
仕事内容	(平均 時間/日)			
補聴器を使用中の方のみ、該当する項目に○をつけてください	両耳に使用	右耳	左耳	

no	■ 問診	回答		
----	------	----	--	--

1~3	現在、a~cの薬を使用していますか。		
1	a 血圧を下げる薬	はい	いいえ
2	b インスリン注射または血糖を下げる薬	はい	いいえ
3	c コレステロールを下げる薬	はい	いいえ

4	医師から、脳卒中(脳出血・脳梗塞など)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	はい	いいえ
5	医師から、心臓病(狭心症・心筋梗塞など)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	はい	いいえ
6	医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析)を受けたことがありますか。	はい	いいえ
7	医師から貧血といわれたことがありますか。	はい	いいえ
8	上記の他に現在治療中の病気があればご記入ください。		
9	上記の他に過去にかかっていた病気があればご記入ください。		

10	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。	はい(条件1と条件2を両方満たす)		
	※「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カ月間吸っている 条件2:生涯で6カ月以上吸っている、又は合計100本以上吸っている	以前は吸っていたが、最近1カ月は吸っていない(条件2のみ満たす)		
	*はいと答えた方は※印の質問にお答えください。	いいえ		
		※ 1日()本を()年間 ※ 禁煙したいと思いますか。 [今すぐ禁煙したい・将来的に禁煙したい] 禁煙する意思はない		
	過去にたばこを吸っていましたか。	はい	いいえ	
	*はいと答えた方は※印の質問にお答えください。	※ 1日()本を()年間		

11	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	はい	いいえ	
12	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上、1年以上実施している。	はい	いいえ	
13	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る。	はい	いいえ	
14	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	はい	いいえ	
15	人と比較して食べる速度が速い。	速い	普通	遅い
16	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	いいえ	
17	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	ほとんど摂らない
18	朝食を抜くことが週3回以上ある。	はい	いいえ	
19	食事を噛んで食べるときはどれに当てはまりますか。	なんでも噛んで食べることができる		
		歯や歯茎の噛み合せなど気になる部分があり噛みにくいことがある		
		ほとんど噛めない		

※裏面もお答えください⇒

20	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどのくらいですか。 (※「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)	1. 毎日	2. 週5~6日
		3. 週3~4日	4. 週1~2日
		5. 月に1~3日	6. 月に1日未満
		7. やめた	8. 飲まない(飲めない)
21	飲酒日の1日当たりの飲酒量は日本酒に換算してどのくらいですか。 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80ml)、 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)	1. 1合未満	2. 1~2合未満
		3. 2~3合未満	4. 3~5合未満
		5. 5合以上	

22	睡眠で休養が十分とれていますか。	はい	いいえ
23	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。	改善するつもりはない	
		改善するつもりである(概ね6ヶ月以内)	
		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	
		すでに改善に取り組んでいる(6ヶ月未満)	
		すでに改善に取り組んでいる(6か月以上)	
24	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。	はい	いいえ

■ 自覚症状についてお聞きします。現在の自覚症状として当てはまる項目がありましたら○をつけてください。

	胸痛や胸が締めつけられる感じがある。		便に血が混じることがある。
	息ぎれ・動悸がする。		便秘がちである。
	すぐにのどが渇き、お茶や水を飲む。		下痢が続く。
	胃痛・腹痛がある。		尿の回数が増えた。
	食欲がない。		頭痛がある。
	体がだるい、疲れやすい		腰痛がある。
	咳・痰が続く。		その他 ()

■ ピロリ菌についてお聞きします。

ピロリ菌の検査を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
(「はい」と答えた方)検査結果は、	陽性	陰性	
(「陽性」と答えた方)ピロリ菌の除菌治療を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
(「はい」と答えた方)除菌治療は成功しましたか。	成功	不成功	わからない

■ 女性の方にお聞きします。

現在妊娠中ですか	はい	いいえ	可能性あり
現在生理中ですか	はい		いいえ
豊胸手術を受けていますか(※受けている場合マンモグラフィーの撮影は行えません)	はい		いいえ
胸に人工物(ペースメーカーなど)が挿入されていますか	はい		いいえ
子宮の摘出手術を受けていますか	はい		いいえ