

フリガナ	<input checked="" type="checkbox"/> 住所 〒 (自宅 ・ 会社)
<input checked="" type="checkbox"/> 氏名 男 ・ 女	
<input checked="" type="checkbox"/> 生年月日・年齢 S・H 年 月 日 歳	<input checked="" type="checkbox"/> 企業名
<input checked="" type="checkbox"/> 連絡先 ※健診結果について再検・精査のご連絡をする場合がございますので必ずご記入下さい。 電話番号(自宅・携帯) : メールアドレス : 連絡が付きやすい時間 : 時 頃	女性のみ、以下のご質問にお答えください。 (該当しない場合もいずれかにチェックをお願いします) ※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 ※妊娠中、または妊娠の可能性がある はい・いいえ ※現在、不妊治療中ですか? はい・いいえ ※(不妊治療中の方のみ)かかりつけ医師の承諾を得ていますか? はい・いいえ (妊娠中、妊娠の可能性のある方、不妊治療中がかかりつけ医の承諾を得ていない方は、レントゲン検査を行えません)
<input type="checkbox"/> お支払い ¥ お支払 : <input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> カード <input type="checkbox"/> 電子マネー 領収書 : () 個人名 () 会社名 () 不要	
<input checked="" type="checkbox"/> 問診 既往歴(今までにかかった病気:風邪はのぞく) 特になし・あり → () 自覚症状 特になし・あり → ()	体内に医療機器・医療器具の埋め込みはありますか? 特になし・あり → () 現在、健康について相談したいことなどがあればご自由にご記入下さい。

質問項目1~22をお読みいただき回答欄の該当するものいずれか1つに○をご記入下さい。	
質問項目	回答欄
1 血圧を下げる薬を服用していますか。	① はい ② いいえ
2 血糖を下げる薬又はインスリン注射を服用していますか。	① はい ② いいえ
3 コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用していますか。	① はい ② いいえ
※上記以外に服用している薬があればお書き下さい。	()
4 医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)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。	① はい ② いいえ
5 医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)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。	① はい ② いいえ
6 医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析など)を受けていますか。	① はい ② いいえ
7 医師から、貧血といわれたことがありますか。	① はい ② いいえ
8 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	① はい(条件1と条件2を両方満たす) ② 以前は吸っていたが、最近1カ月間は吸っていない(条件2のみ満たす) ③ いいえ(①②以外)
9 20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。	① はい ② いいえ
10 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。	① はい ② いいえ
11 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。	① はい ② いいえ
12 ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。	① はい ② いいえ
13 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。	① 何でもかんで食べることができる ② 歯や歯ぐき、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 ③ ほとんどかめない
14 人と比較して食べるのが速いですか。	① 速い ② 普通 ③ 遅い
15 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。	① はい ② いいえ
16 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。	①毎日 ②時々 ③ほとんど摂取しない
17 朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	① はい ② いいえ
18 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)
19 飲酒日の1日当たりの飲酒量について ※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)	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
20 睡眠で休養が十分とれていますか。	① はい ② いいえ
21 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。	① 改善するつもりはない ② 改善するつもりでいる(概ね6ヶ月以内) ③ 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 ④ すでに改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) ⑤ すでに改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)
22 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。	① はい ② いいえ