

※Please fill it out with a ballpoint pen. HEALTH CHECKUP QUESTIONNAIRE

Name		Male/female		日付			
Address 〒		phone					
height	cm	body weight	kg	Date of birth	/	/	/ age

質問項目 Questions	回答 Answers
既往歴（過去に治療を受けた病気だが、今は治療していない） Medical history(It means that you were treated in the past. but not now.)	☐ はい Yes 病名:Name of disease 高血圧・糖尿病・貧血・脂質異常・心疾患・腎疾患・肝疾患・ 脳血管疾患・呼吸器疾患・その他（ ） hypertension・diabetes・anemia・lipid abnormalitiy・ heart disease・kidney disease・liver disease・ other() ☐ いいえ No
現在気になる自覚症状はありますか Do you have any noticeable symptoms?	☐ はい Yes 症状:Symptoms 動悸・めまい・胸痛・胃痛・むくみ・手足のしびれ・体重減少・ その他() palpitation・dizziness・chest pain・stomachache・ swelling・numbness in the limbs・weight loss other() ☐ いいえ No
現在治療中の病気はありますか(病名) Are you receiving treatment for any illness?	☐ はい Yes 病名:Name of disease 高血圧・糖尿病・貧血・脂質異常・心疾患・腎疾患・肝疾患・ 脳血管疾患・呼吸器疾患・その他（ ） hypertension・diabetes・anemia・lipid abnormalitiy・ heart disease・kidney disease・liver disease・ other() ☐ いいえ No
現在、次の薬を服用していますか Are you taking the following medicines at present?	
血圧を下げる薬 Medication to reduce blood pressure	☐ はい Yes 薬の名前Name of medications () ☐ いいえ No
血糖を下げる薬 Medication to reduce blood sugar or insulin injection	☐ はい Yes 薬の名前Name of medications () ☐ いいえ No
コレステロールや中性脂肪を下げる薬 Medication to reduce your level of cholesterol or of neutral fat	☐ はい Yes 薬の名前Name of medications () ☐ いいえ No
医師から、次のような病気にかかっていると言われたり、治療をうけたことがありますか Have you ever been told by a doctor that you have any of the following illnesses,or have you received any treatments for them?	
脳卒中(脳出血、脳梗塞など) Stroke(cerebral Hemorrhage,brain infarction,etc.)	☐ はい Yes ☐ いいえ No

NEXT

心臓病(狭心症、心筋梗塞など) Heart disease(angina pectoris,myocardial infarction,etc)	☐はい Yes ☐いいえ No
慢性腎臓病や腎不全(人工透析など) Hava you ever been diagnosed as having chronic kidney disease or Kidney failure and received treatment(dialysis therapy?)	☐はい Yes ☐いいえ No
貧血 Have you ever been diagnosed as anemic?	☐はい Yes ☐いいえ No
現在たばこを習慣的に吸っていますか ①最近 1 か月間吸っている ②生涯で6か月以上吸っている、又は合計100本以上吸っている	1. ■ はい ①と②を両方満たす 2. 以前吸っていたが、最近1か月は、吸っていない 3. ■ いいえ (1. 2以外)
Do you currently smoke cigarettes habitually? ①Have smoked for a month recentry. ②Have had smoked for over 6 months, or have had smoked over 100 cigarettes in the past.	1. ☐yes Both①and② 2. ☐I used to smoke, and have not smoked in the past month 3. ☐No (fulfill neither of the criteria)
20歳の時の体重から10Kg以上増加していますか Have you gained over 10kg from your weigth at age 20?	☐はい Yes ☐いいえ No
1回30分以上、汗をかく運動を週2日以上、1年以上行っていますか Are you in a habit of doing exercise to sweat lightly for over 30 minutes a time,2 times weekly,for over a year?	☐はい Yes ☐いいえ No
日常生活に於いて歩行又は、同等の身体活動を1日1時間以上行っていますか In you daily life do you walk or do any equivalent amount of physical activity more than one hour a day?	☐はい Yes ☐いいえ No
同世代の同性と比較して歩く速度が速いですか Do you walk faster than others who are the same generation or the same sex?	☐はい Yes ☐いいえ No
食事をかんで食べる状態はどれに当てはまりますか Which one is suitable for your condition while eating and chewing on food?	1.何でもかんで食べることができる 2.歯や歯ぐき、咬み合わせなどに気になるところがあり、かみにくい 3.ほとんどかめない 1. I can chew on everything. 2. Sometimes I have difficulty chewing due to problems of tooth,gum, or occlusion. 3. I can hardly chew.
人と比較して食べる速度が速いですか Is your eating speed quicker than others?	■速い ■普通 ■遅い ☐quicher ☐normal ☐late
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 Do you eat supper two hours before bedtime more than 3 times a week?	☐はい Yes ☐いいえ No

食事以外に、菓子、果物などを食べたり、甘い飲み物を飲んでいますか Do you eat snacks, fruits or drink sweet beverages between meals?	■毎日 ■時々 ■ほとんど摂取しない ☐ Everyday ☐ Sometimes ☐ rarely eat
朝食を抜くことが週に3回以上ありますか Do you skip breakfast more than 3 times a week?	☐ はい Yes ☐ いいえ No
お酒(日本酒,焼酎,ビール,洋酒など)を飲む頻度について ※「やめた」とは、過去につき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 How often do you drink alcohol? ※"I quit" applies to those who previously habitually consumed alcohol once or month or more but have not consumed alcohol in the last year or longer.	■毎日 ■週5~6日 ■週3~4日 ■週1~2日 ■月1~3日 ■月に1日未満 ■やめた ■飲まない(飲めない) ☐ everyday ☐ 5-6 days a week ☐ 3-4 days a week ☐ 1-2 days a week ☐ 1-3 days a month ☐ Less than one day a month ☐ I quit ※ ☐ I don't drink(I can't drink)
飲酒日の1日当たりの飲酒量はどれくらいですか。 ※日本酒1合(アルコール度数15度 180ml)の目安 ビール(度数5度500ml) 焼酎(度数25度110ml) ワイン(度数14度180ml) ウイスキー(度数43度60ml) サントリー(度数5度500ml 度数7度350ml) How much do you drink per day? ※Estimates for 1 unit: Sake(15%, 180ml) Beer(5%, 500ml) Shochu(25%, ~110ml) Wine(14%, ~180ml) Whiskey(43%, 60ml) Shochu highball(5%, ~500ml/7%, ~350ml)	■1合未満 ■1~2合未満 ■2~3合未満 ■3~5合未満 ■5合以上 ☐ Less than 1 unit(I can't drink) ☐ 1 unit~less than 2 units ☐ 2 unit~less than 3 units ☐ 3 unit~less than 5 units ☐ 5 units or more
睡眠で休養が十分取れていますか Do you sleep well and enough?	☐ はい Yes ☐ いいえ No
運動や食生活などを改善してみようと思いませんか Do you want to improve your life habits of eating and exercising?	■改善するつもりはない ■改善するつもり(概ね6ヶ月以内) ■近いうちに(概ね1か月以内)改善するつもり、少しずつ始めている。 ■すでに、改善に取り組んでいる(6か月未満) ■すでに、改善に取り組んでいる(6か月以上) ☐ Don't want to ☐ Do want to (within 6 months) ☐ Want to improve in near future(within a month) or start little by little. ☐ Already trying to improve(less than 6 months) ☐ Already trying to improve(over 6 months)
生活習慣の改善について、これまでに特定保険指導を受けたことがありますか Have you ever received specific health guidance for improving your lifestyle?	☐ はい Yes ☐ いいえ No
業務歴: Work history	
これまでに、重量物の取扱い経験がありますか Have you ever handled heavy objects in your work?	☐ はい Yes ☐ いいえ No

これまでに、粉塵の取扱いのある業務経験がありますか Have you ever worked in an environment with lots of rocks,sand, or dust?	☐ はい Yes ☐ いいえ No
これまでに、激しい振動を伴う業務経験がありますか Have you ever used a machine that vibrates at high speed in your work?	☐ はい Yes ☐ いいえ No
これまでに、有害物質の取扱いのある業務経験がありますか Have you ever handled a hazardous substance in your work?	☐ はい Yes ☐ いいえ No
これまでに、放射線の取扱いのある業務経験がありますか Have you ever handled radiation in your work?	☐ はい Yes ☐ いいえ No

食後、何時間たちますか:How many hours have passed since you ate?

- ☒ 食後10時間以上 ☐ More than 10 hours after eating
☒ 食後3.5時間以上10時間未満 ☐ 3.5 hours to less than 10 hours after eating
☒ 食後3.5時間未満 ☐ Less than 3.5 hours after eating

同意書 consent form

この健診の結果は、法律の規定により加入している健康保険の保険者に提供する事に同意します。
 (健診の結果は、今後健診・治療及び保健師指導などによる保険指導を受けるとき、並びに個人が識別されない方法で、
 統計・調査研究を実施するときに限り使われます。)

I agree that the results of this health check will be provided to my health insurance provider in accordance with the law.
 (The results of your health checkup will only be used in the future when you receive health guidance,such as health
 checkups,treatment, and guidance from public health nurses,and when conducting statistical and research studies in a way
 that does not identify individuals.

記入日	年	月	日	氏名
Date of entry	year	month	day	name