

労災二次健康診断健康に関する質問票

受診月日

フリガナ

氏名

生年月日

当てはまる方に☑を記入して下さい。

- (1) つい満腹になるまで食べてしまいますか はい☐ いいえ☐
- (2) ごはん、麺、パンなどの主食を毎食とっていますか はい☐ いいえ☐
- (3) 野菜をたっぷり使った料理を毎日とっていますか はい☐ いいえ☐
- (4) 揚げ物や炒め物、脂肪の多い肉などをよく食べますか はい☐ いいえ☐
- (5) しょっぱいものや味の濃いものをよく食べますか はい☐ いいえ☐
- (6) 牛乳・乳製品を毎日とっていますか はい☐ いいえ☐
- (7) 間食をしたり、清涼飲料水を飲むことが多いですか はい☐ いいえ☐
- (8) 外食をすることが多いですか はい☐ いいえ☐
- (9) 平日の睡眠時間は6～7時間とれていますか はい☐ いいえ☐
- (10) 寝付けない日が続く、または熟睡感がないことが多いですか はい☐ いいえ☐
- (11) 朝は気持ちよく目覚めますか はい☐ いいえ☐
- (12) 仕事をしている時の状態で多いのは次のうちどれですか
立位または1～2時間程度の歩行(ライン・販売員など) ☐
座位中心(事務職・運転手・主婦など) ☐
2時間以上の歩行または重労働(営業職・建設職など) ☐
- (13) 健康づくりのために、からだを動かす習慣がありますか はい☐ いいえ☐
習慣がある方のみお答えください
- (14) 種類は何ですか
スポーツ全般(健康づくりのための運動) ☐
生活活動(運動・家事・余暇活動含む) ☐
- (15) 頻度はどのくらいですか (16) 1回の時間はどのくらいですか
月1～2回 ☐ 10分未満 ☐
週1～3回 ☐ 10～30分未満 ☐
週4～6回 ☐ 30～1時間未満 ☐
毎日 ☐ 1時間以上 ☐
- 最近1ヶ月の気分や体調についてお答えください
- (17) 食欲がわかない(美味しさを感じられない)ことがよくありますか はい☐ いいえ☐
- (18) おなかの調子が良くないことが多いですか(腹痛、下痢、便秘など) はい☐ いいえ☐
- (19) 眼の疲れ、頭重感、肩や背中や腰の痛みなどがありますか はい☐ いいえ☐
- (20) 以前より何かに挑戦したいという前向きな気持ちがなくなりましたか はい☐ いいえ☐
- (21) 人と会うのが億劫になりましたか(以前はそうでもなかった) はい☐ いいえ☐
- (22) いつも仕事などに追われていますか はい☐ いいえ☐
- (23) 気軽に相談できる友人、知人がいますか はい☐ いいえ☐
- (24) たばこを吸う方のみお答えください。禁煙についてお伺いします
禁煙したいと思っている ☐
特に意識はしていない ☐
禁煙にチャレンジしたが失敗した ☐