

# 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

■いままでにかかった病気や現在治療中の病気があれば記入してください

病名	1-	( )才頃	3-	( )才頃
	2-	( )才頃		

■現在飲んでいる薬はありますか、ある場合は薬の名前または働きを記入してください(お薬手帳をお持ちの方は手帳のご提示で十分です)

ない / ある ( )

■当てはまる方に☑を記入してください

- |   |  |   |                                   |                                |
|---|--|---|-----------------------------------|--------------------------------|
| (1) つい満腹になるまで食べてしまいますか                              | <input type="checkbox"/> はい                  | <input type="checkbox"/> 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                         | <input type="checkbox"/> はい                  | <input type="checkbox"/> 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                          | <input type="checkbox"/> はい                  | <input type="checkbox"/> 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                        | <input type="checkbox"/> はい                  | <input type="checkbox"/> 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                          | <input type="checkbox"/> はい                  | <input type="checkbox"/> いいえ                |                                   |                                |
| (6) 牛乳・乳製品を毎日とっていますか                                | <input type="checkbox"/> はい                  | <input type="checkbox"/> 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                         | <input type="checkbox"/> はい                  | <input type="checkbox"/> いいえ                |                                   |                                |
| (8) 外食をすることが多いですか                                   | <input type="checkbox"/> はい                  | <input type="checkbox"/> いいえ                |                                   |                                |
| (9) 平日の睡眠時間は6~7時間とれていますか                            | <input type="checkbox"/> はい                  | <input type="checkbox"/> 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                    | <input type="checkbox"/> はい                  | <input type="checkbox"/> いいえ                |                                   |                                |
| (11) 朝は気持ちよく目覚めますか                                  | <input type="checkbox"/> はい                  | <input type="checkbox"/> 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                      |  |   |                                   |                                |
| <input type="checkbox"/> 立位または1~2時間程度の歩行(ライン・販売員など) |  |   |                                   |                                |
| <input type="checkbox"/> 座位中心(事務職・運転手・主婦など)         |  |   |                                   |                                |
| <input type="checkbox"/> 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                      | <input type="checkbox"/> はい                  | <input type="checkbox"/> 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  | <input type="checkbox"/> スポーツ全般(健康づくりのための運動) | <input type="checkbox"/> 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                                    | <input type="checkbox"/> 月1~2回               | <input type="checkbox"/> 週1~3回              | <input type="checkbox"/> 週4~6回    | <input type="checkbox"/> 毎日    |
| (16) 1回の時間はどのくらいですか                                 | <input type="checkbox"/> 10分未満               | <input type="checkbox"/> 10~30分未満           | <input type="checkbox"/> 30~1時間未満 | <input type="checkbox"/> 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  | <input type="checkbox"/> はい              | <input type="checkbox"/> 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) | <input type="checkbox"/> はい              | <input type="checkbox"/> 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      | <input type="checkbox"/> はい              | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> はい              | <input type="checkbox"/> 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)    | <input type="checkbox"/> はい              | <input type="checkbox"/> いいえ        |
| (22) いつも仕事などに追われていますか                | <input type="checkbox"/> はい              | <input type="checkbox"/> いいえ        |
| (23) 気軽に相談できる友人、知人がいますか              | <input type="checkbox"/> はい              | <input type="checkbox"/> 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   |  |                                     |
| <input type="checkbox"/> 禁煙したいと思っている | <input type="checkbox"/> 禁煙にチャレンジしたが失敗した | <input type="checkbox"/> 特に意識はしていない |