

教職員健康診断質問票

教職員番号
ID number

3	3	3	3	3	3
---	---	---	---	---	---

連絡先(内線または業務用携帯)
Extension or mobile phone

--

所属
Unit

--

フリガナ
氏名
Name

E-mail _____

当てはまる回答の口にチェック×を記入するか、記載をしてください。

<p>1 現在、気になる自覚症状がありますか。 (2週間以上の咳や微熱、動悸、脈がとぶ、失神、貧血、その他) Do you have any subjective symptoms you are concerned about now? (Cough or slight fever lasting for 2 weeks or more, palpitation, irregular heart beat, syncope, anemia, etc.)</p>	<input type="checkbox"/> いいえ No	<input type="checkbox"/> はい Yes
<p>2 (自覚症状のある方)具体的な症状を記載してください。 (Persons with subjective symptoms) Please describe the specific symptoms. (自由回答 / Free response)</p>		
<p>3 血圧を下げる薬を使用していますか。 Are you taking any antihypertensive drugs now?</p>	<input type="checkbox"/> いいえ No	<input type="checkbox"/> はい Yes
<p>4 血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用していますか。 Are you injecting insulin or taking hypoglycemic drugs now?</p>	<input type="checkbox"/> いいえ No	<input type="checkbox"/> はい Yes
<p>5 コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用していますか。 Are you taking any drugs lowering cholesterol or triglyceride levels?</p>	<input type="checkbox"/> いいえ No	<input type="checkbox"/> はい Yes
<p>6 脳卒中(脳出血、脳梗塞等)と診断されたり、治療を受けたりしたことがありますか。 Have you ever been diagnosed as having had a stroke (cerebral hemorrhage, cerebral infarction, etc.) or received treatment for a stroke?</p>	<input type="checkbox"/> いいえ No	<input type="checkbox"/> はい Yes
<p>7 虚血性心疾患(狭心症、心筋梗塞等)と診断されたり、治療を受けたりしたことがありますか。 Have you ever been diagnosed with ischemic heart disease (angina pectoris, myocardial infarction, etc.) or received treatment for ischemic heart disease?</p>	<input type="checkbox"/> いいえ No	<input type="checkbox"/> はい Yes
<p>8 慢性の腎不全と診断されたり、治療(人工透析)を受けたりしたことがありますか。 Have you ever been diagnosed as having chronic renal failure or received treatment for chronic renal failure (hemodialysis)?</p>	<input type="checkbox"/> いいえ No	<input type="checkbox"/> はい Yes
<p>9 貧血と診断されたり、治療を受けたりしたことがありますか。 Have you ever been diagnosed as having anemia or received treatment for anemia?</p>	<input type="checkbox"/> いいえ No	<input type="checkbox"/> はい Yes
<p>10 結核と診断されたり、治療を受けたりしたことがありますか。 Have you ever been diagnosed as having tuberculosis or received treatment for tuberculosis?</p>	<input type="checkbox"/> いいえ No	<input type="checkbox"/> はい Yes
<p>11 その他、現在継続的に治療、経過観察を受けている病気はありますか。 Do you have any other disease for which you are receiving ongoing treatment or follow-up?</p>	<input type="checkbox"/> いいえ No	<input type="checkbox"/> はい Yes
<p>12 (はいと回答した方のみ)具体的な病名、治療状況についてお書きください。 (Only for persons who answered yes) Please write the specific name of the disease and about the status of treatment. (自由回答 / Free response)</p>		
<p>13 現在、日常生活において医師による生活の制限はありますか。 Are you practicing any restriction(s) during your daily life under your doctor's advice?</p>	<input type="checkbox"/> いいえ No	<input type="checkbox"/> はい Yes
<p>14 (制限があると回答した方のみ)内容をお書きください。 (Only for persons who answered that they practice restrictions during daily life) Please write the details of these restrictions. (自由回答 / Free response)</p>		
<p>15 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か月間吸っている 条件2:生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている) Are you a regular smoker? (In this context, you're a regular smoker if you meet the following two conditions: 1. You've smoked in the last month. 2. You've smoked for at least six months in the past, or you've smoked a total of at least 100 cigarettes over the course of your life.)</p>	<input type="checkbox"/> はい(条件1と条件2を両方満たす) Yes (I meet both conditions.)	<input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていません(条件2のみ満たす) I used to smoke, but I haven't smoked in the last month. (I meet only the second condition.) <input type="checkbox"/> いいえ(条件1と条件2のいずれも満たさない) No (I meet neither condition.)
<p>16 20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。 Is your current body weight greater by 10 kg or more than your weight at age 20?</p>	<input type="checkbox"/> いいえ No	<input type="checkbox"/> はい Yes
<p>17 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上続けていますか。 Have you been doing continuous exercise, causing mild sweating, on 2 days or more of the week (for 30 minutes or more per day) for one year or longer?</p>	<input type="checkbox"/> はい Yes	<input type="checkbox"/> いいえ No
<p>18 日常生活において、歩行又は同等の身体運動を1日1時間以上実施していますか。 Do you regularly walk or do similar physical exercise for one hour or more per day?</p>	<input type="checkbox"/> はい Yes	<input type="checkbox"/> いいえ No

19	ほぼ同じ年齢の同性と比べて歩く速度が速いですか。 Is your speed of walking faster than that of the same-gender and same-age groups ?	<input type="checkbox"/> はい Yes	<input type="checkbox"/> いいえ No
20	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。 How well are you able to chew and eat?	<input type="checkbox"/> 何でも噛んで食べることができる I can eat anything and chew just fine.	<input type="checkbox"/> 歯や歯ぐき、かみ合わせなど気になる部分があり、噛みにくいことがある Something feels wrong with my teeth, gums, or bite, and sometimes it's hard to chew.
21	人と比べて食べる速度が速いと感じますか。 How does the pace at which you eat compare to those of other people ?	<input type="checkbox"/> 遅い Slower	<input type="checkbox"/> 普通 Same
22	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週3回以上ありますか。 Do you eat supper within 2 hours of bedtime 3 days or more of the week ?	<input type="checkbox"/> いいえ No	<input type="checkbox"/> はい Yes
23	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。 Except for morning, noon, and evening meals, do you consume snacks and sweet drinks ?	<input type="checkbox"/> 毎日 Everyday	<input type="checkbox"/> 時々 Occasionally
24	朝食を抜くことが週3回以上ありますか。 Do you skip breakfast 3 days or more of the week ?	<input type="checkbox"/> いいえ No	<input type="checkbox"/> はい Yes
25	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) How often do you drink alcoholic beverages (Japanese sake or shochu, beer, wine, etc.)?(In this context "I quit drinking" means you used to drink at least once a month but have not had alcoholic beverages for at least a year.)	<input type="checkbox"/> 毎日 Every day	<input type="checkbox"/> 週5~6日 Five or six days a week
		<input type="checkbox"/> 週3~4日 Three or four days a week	<input type="checkbox"/> 週1~2日 Once or twice a week
		<input type="checkbox"/> 月に1~3日 One to three days a month	<input type="checkbox"/> 月に1日未満 Less than once a month
		<input type="checkbox"/> やめた I quit drinking.	<input type="checkbox"/> 飲まない(飲めない) I don't drink. (I can't drink.)
26	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(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) How much do you drink a day? In this context, one drink means 180 mL of a beverage that contains 15% alcohol, or about: 500 mL of beer (5% alcohol), 110 mL of shochu (25% alcohol), 180 mL of wine (14% alcohol), 60 mL of whiskey (43% alcohol), 350 mL or 500 mL of sour-type mixed drinks sold in cans (7% or 5% alcohol, respectively.)	<input type="checkbox"/> 1合未満 Less than one	<input type="checkbox"/> 1~2合未満 At least one but less than two
		<input type="checkbox"/> 2~3合未満 At least two but less than three	<input type="checkbox"/> 3~5合未満 At least three but less than five
		<input type="checkbox"/> 5合以上 Five or more	
27	睡眠で休養が十分とれていますか Do you feel adequately refreshed after sleep ?	<input type="checkbox"/> はい Yes	<input type="checkbox"/> いいえ No
28	運動や食生活の生活習慣を改善してみようと思えますか。 Do you intend to improve your habits (exercise, diet, etc.) ?	<input type="checkbox"/> すでに改善に取り組んでいる(6か月以上) Have been making efforts toward improvement (for 6 months or more)	<input type="checkbox"/> すでに改善に取り組んでいる(6か月以内) Having been making efforts toward improvement (for less than 6 months)
		<input type="checkbox"/> 近いうちに(概ね1か月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている Beginning to make efforts toward improvement in the near term (within about 1 month)	<input type="checkbox"/> 改善するつもりである(概ね6か月以内) Planning to promote efforts toward improvement (in about 6 months)
		<input type="checkbox"/> 改善するつもりはない No plan to make such efforts	
29	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。 Have you ever received specific health guidance to help you enjoy a healthier lifestyle?	<input type="checkbox"/> はい Yes	<input type="checkbox"/> いいえ No

法令の定める場合などを除き、本人の許可なく、その情報を第三者へ開示・提供することはありません。なお、医療個人情報、個人情報を取り扱う場合は、慶應義塾医療個人情報保護規程、慶應義塾個人情報保護規程(詳しくは、慶應義塾の個人情報保護のページ、<https://www.keio.ac.jp/ja/privacy-policy/>をご覧ください)、慶應義塾の学術研究の用に供する個人情報保護規程に掲げる事項を遵守し、適正に管理を行います。

Your information is never disclosed or provided to a third party without your prior consent, except when required by Japanese law. Personal medical information and personal information will be treated appropriately and in accordance with the Keio University Rules for Protection of Personal Medical Information (keio gijuku iryo kojinhogokitei), the Keio University Rules to Protect Personal Information (keio gijuku kojinhogokitei), and the Keio University Regulations Concerning the Protection of Personal Information in Academic Research (keio gijuku no gakujitsukenkyu no yo ni kyosuru kojinhogokitei). Please note that the rules and regulations listed above are only available in Japanese. See Keio University's English privacy policy page for details: <https://www.keio.ac.jp/en/privacy-policy/>

慶應義塾大学保健管理センターでは、慶應義塾一貫教育校(小中高)および大学・大学院の児童・生徒・学生、ならびに教職員の健康管理を行いながら、健康維持・管理や疾病予防等に関する研究を実施しています。これらの研究では、保健管理センター(一貫教育校の衛生室・保健室を含む)で通常の健康管理に用いる健康情報の中から、必要なデータを個人が特定されない形で抽出し、利用させていただくことがあります。具体的な研究内容については、保健管理センターのホームページ(研究活動 <https://www.hcc.keio.ac.jp/ja/research/index.html>)にある各研究の説明書をご覧ください。

The Keio University Health Center oversees the health of students at Keio affiliated schools (elementary, junior high, and senior high schools), undergraduate faculties, and graduate schools, faculty and staff members. The Health Center also conducts research on support for and the maintenance of good health, and ways to prevent disease. In the course of this research, data deemed necessary for studies may be extracted from our regular health management records and used in a way that protects patient privacy at the Health Center (including the branches located at affiliated schools). For specific research details, please refer to the explanation for each study on the Health Center website (Current Research: <https://www.hcc.keio.ac.jp/en/research/index.html>).