

## じん肺健康診断問診票

健診日                      年      月      日

事業所名	氏名	性別	年齢
		男・女	歳

以下の質問にお答えください。当てはまる口に✓を入れてください。

1. 今までにじん肺健診を受けたことがありますか？

①「はい」の方に伺います。じん肺健診の結果、肺機能検査が必要といわれたことがありますか？

2. 次の病気にかかったり、かかっていると言われたことがありますか？

(はいの場合はその時の年齢を書いてください)

①肺結核	<input type="checkbox"/>	はい	( 歳)	<input type="checkbox"/>	いいえ
②胸膜炎	<input type="checkbox"/>	はい	( 歳)	<input type="checkbox"/>	いいえ
③慢性の気管支炎	<input type="checkbox"/>	はい	( 歳)	<input type="checkbox"/>	いいえ
④気管支拡張症	<input type="checkbox"/>	はい	( 歳)	<input type="checkbox"/>	いいえ
⑤気管支喘息	<input type="checkbox"/>	はい	( 歳)	<input type="checkbox"/>	いいえ
⑥肺気腫	<input type="checkbox"/>	はい	( 歳)	<input type="checkbox"/>	いいえ
⑦心臓の病気	<input type="checkbox"/>	はい	( 歳)	<input type="checkbox"/>	いいえ
⑧その他胸部の疾患	<input type="checkbox"/>	はい	( 歳)	(病名: )	

### 3. 「呼吸困難（息切れ）」について

階段をのぼったり、ゆるやかな坂をのぼるときに息切れを感じますか？

☐ 感じる      【↓3①へ】      ☐ 感じない      【質問4へ】 I

① 「感じる」と答えた方にお聞きます。

同年齢の健康な人と同じように息切れを感じないで仕事をしたり、坂や階段をのぼれますか？

☐ できる      【質問4へ】      ☐ できない      【↓3②へ】 I

② 「できない」と答えた方にお聞きます。

同年齢の健康な人と同じように息切れを感じないで平らなところを歩くことができますか？

☐ 歩ける      【質問4へ】      ☐ 歩けない      【↓3③へ】 II

③ 「歩けない」と答えた方にお聞きます。

平らなところを自分のペースでなら1km以上休まずに続けて歩くことができますか？

☐ 歩ける      【質問4へ】      ☐ 歩けない      【↓3④へ】 III

④ ③の質問で「歩けない」と答えた方にお聞きます。

平らなところを50m以上、息切れのために途中で休むことなく歩くことができますか？

☐ 歩ける      【質問4へ】      ☐ 歩けない      【↓3⑤へ】 III

⑤ ④の質問で「歩けない」と答えた方にお聞きます。

話をしたり、衣服を脱ぐのにも息切れがしたり、息切れのために外出することができないことがありますか？

☐ ある      【質問4へ】 V      ☐ ない      【質問4へ】 IV

#### 4. 「咳（せき）」について

冬に、朝起きると、いつも、すぐ咳がでますか？

	<input type="checkbox"/>	はい	【↓4①へ】	<input type="checkbox"/>	いいえ	【質問5へ】
①そのような咳は週5日以上ですか？	<input type="checkbox"/>	はい	【↓4②へ】	<input type="checkbox"/>	いいえ	【質問5へ】
②冬に、昼間や夜、よく咳が出ますか？	<input type="checkbox"/>	はい	【↓4③へ】	<input type="checkbox"/>	いいえ	【質問5へ】
③そのような咳は、1日7回以上、週5日以上ですか？	<input type="checkbox"/>	はい	【↓4④へ】	<input type="checkbox"/>	いいえ	【質問5へ】
④そのような咳は、年に3か月以上続けて毎日のようにですか？	<input type="checkbox"/>	はい	【質問5へ】	<input type="checkbox"/>	いいえ	【質問5へ】

## 5. 「たん」について

冬に、朝起きると、いつも、すぐたんがでますか？

	<input type="checkbox"/>	はい	【↓4①へ】	<input type="checkbox"/>	いいえ	【質問6へ】
①そのようなたんは週5日以上ですか？						
	<input type="checkbox"/>	はい	【↓4②へ】	<input type="checkbox"/>	いいえ	【質問6へ】
②冬に、昼間や夜、よくたんが出ますか？						
	<input type="checkbox"/>	はい	【↓4③へ】	<input type="checkbox"/>	いいえ	【質問6へ】
③そのようなたんは、1日7回以上、週5日以上ですか？						
	<input type="checkbox"/>	はい	【↓4④へ】	<input type="checkbox"/>	いいえ	【質問6へ】
④そのようなたんは、年に3か月以上続けて毎日のようにですか？						
	<input type="checkbox"/>	はい	【質問6へ】	<input type="checkbox"/>	いいえ	【質問6へ】

## 6. 「動悸（どうき）」について

最近、歩いたりすると動悸（どうき）がしますか？

□ はい 【質問7へ】 □ いいえ 【質問7へ】

## 7. 「喫煙」について

今までにたばこを吸ったことがありますか？

<input type="checkbox"/>	はい	【↓7①へ】	<input type="checkbox"/>	いいえ	【ここで終了】
①現在たばこを吸っていますか？					
<input type="checkbox"/>	はい	【↓7②③へ】	<input type="checkbox"/>	いいえ	【↓7②③へ】
②何歳頃から吸いはじめて何年間吸いましたか？					
(            ) 歳頃から			(            ) 年間		
③1日何本くらい吸いますか？または吸っていましたか？					
(            ) 本くらい			(            ) 本くらい		

ありがとうございました。