

NO _____

健康診断を受診の方へ

年 月 日

※問診票にご記入いただいた個人情報は、大切に管理し当院の利用目的の範囲内で取り扱わせていただきます。

フリガナ		男・女	生年月日	大・昭・平	血液型	型
お名前	様			年 月 日 (才)		
ご住所	〒 _____		電話	ご自宅	-	-
	市 区			携帯	-	-

↑個人申込の方はご記入いただいたご住所に結果を送付しますので、正確にご記入ください。

企業名：

↑企業健診の方、領収証の必要な方はご記入下さい。

※□にチェックを入れてください。

●最近調子の悪いところや気になるところがありますか？

はい〔症状： _____ 〕 いいえ

●現在治療中の病気と内服薬はありますか？

はい〔病名： _____ 〕 いいえ

〔内服薬名： _____ 〕

※継続して服薬中の方はお薬手帳を必ずご持参ください。

●今まで大きな病気をしたことがありますか？

はい〔病名： _____ 〕 いいえ

※手術歴：ある なし

●下記の中で言われたことのあるものはありますか？

高血圧 糖尿病 コレステロールが高い 中性脂肪が高い 尿酸値が高い 肝機能が低下している

●タバコは吸いますか？

はい〔 _____ 本/日〕 いいえ

●アルコールは飲みますか？

はい〔 _____ 回/週、 _____ 回/月、どのくらいの量： _____ 〕 いいえ

※種類：ビール ウイスキー 焼酎 日本酒 ワイン

●現在妊娠中又は授乳中ですか？

はい〔 妊娠中 ・ 授乳中 〕 いいえ

●ご職業についてお伺いします。

会社員 自営業 パート 主婦 学生 他〔 _____ 〕

●どちらで当院を知りましたか？

ホームページ 口コミ 病院紹介 会社紹介 家族・知人紹介 通りがかり

インスタグラム ユーチューブ フェイスブック チラシ 他(_____)

《事務記入欄》

使用目的【 入社時 ・ 定期 ・ その他(_____) 〕

【オプション】

コース名【 雇入れ時 ・ 簡易 ・ 無呼吸 ・ 予防内科
特定(社保) ・ 特定(国保) _____ 〕

健診用紙【 自院 ・ 所定用紙 ・ 診断書 〕

質問票

健診日 年 月 日

No. 氏名：

	質問事項	回答	
		①はい	②いいえ
	1 血圧を下げる薬を使用している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 インスリン注射又は血統を下げる薬を使用している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 コレステロールを下げる薬を使用している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているとされたり、治療を受けたことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5 医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているとされたり、治療を受けたことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6 医師から、慢性の腎不全にかかっているとされたり、治療（人工透析）を受けたことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7 医師から貧血と言われたことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8 現在、たばこを習慣的に吸っている。 （※「現在、習慣的に喫煙している者」とは「合計100本以上、又は6ヶ月以上喫煙している者」であり、最近1ヶ月も喫煙している者）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9 20歳の時の体重から10kg以上増加している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11 日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12 ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
被 保 険 者 記 入 欄	13 食事をかんで食べる時の状態はどれにあてばまりますか。	①何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> ②歯や歯ぐき・かみあわせなどに気になる部分があり、かみにくいことがある <input type="checkbox"/> ③ほとんどかめない <input type="checkbox"/>	
	14 人と比較して食べる速度が速い。	①速い <input type="checkbox"/> ②普通 <input type="checkbox"/> ③遅い <input type="checkbox"/>	
	15 就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16 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。	①毎日 <input type="checkbox"/> ②時々 <input type="checkbox"/> ③ほとんど摂取しない <input type="checkbox"/>	
	17 朝食を抜くことが週に3回以上ある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18 お酒（清酒、焼酎、ビール、洋酒等）を飲む頻度。	①毎日 <input type="checkbox"/> ②時々 <input type="checkbox"/> ③ほとんど摂取しない <input type="checkbox"/>	
	19 飲酒日の1日当たりの飲酒量 清酒1合（180ml）の目安：ビール中瓶1本（約500ml）、 焼酎1合（180ml）、ウイスキーダブル1杯（60ml）、 ワイン2杯（240ml）	①1合未満 <input type="checkbox"/> ②1～2合未満 <input type="checkbox"/> ③2～3合未満 <input type="checkbox"/> ④3合以上 <input type="checkbox"/>	
	20 睡眠で休養が十分とれている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	21 運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思う。	①改善するつもりはない <input type="checkbox"/> ②改善するつもりである（概ね6ヶ月以内） <input type="checkbox"/> ③近いうちに改善するつもりであり、少しずつ始めている。（概ね1ヶ月以内） <input type="checkbox"/> ④既に改善に取り組んでいる。（6ヶ月未満） <input type="checkbox"/> ⑤既に改善に取り組んでいる。（6ヶ月以上） <input type="checkbox"/>	
	22 生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

《個人情報取扱について》

本事業は、平成20年4月より実施することになっている、特定健診・保健指導の円滑な運営を行なうことを目的としています。本受診票により取得した個人情報については、プライバシー保護に十分配慮し、本事業以外の目的には一切使用されることはありません。このことに同意された上で、本事業にご協力下さい。