

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	大・昭・平	血液型	型
お名前	様	生年月日	年 月 日 ( 才 )	
ご住所	〒 _____ 市 _____ 区 _____	電 話	ご自宅 _____ 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。(ご記入いただいた内容は健診結果へ反映されます。)

●最近調子の悪いところや気になるところはありますか？

□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 □チラシ  
□タウンニュース □インスタグラム □ユーザーズ □フェイスイズブック □他( \_\_\_\_\_ )

《事務記入欄》

使用目的【 \_\_\_\_\_ 入社時 ・ \_\_\_\_\_ 定期 ・ \_\_\_\_\_ その他 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ 〕

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 \_\_\_\_\_ 〕

【オプション】

# 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	血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	コレステロールや中性脂肪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）にかかっていると言われたり、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）にかかっていると言われたり、治療を受けたことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	医師から、慢性腎臓病や慢性の腎不全にかかっていると言われたり、治療（人工透析）を受けている。	<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」とは条件1と条件2を両方満たす者である） 条件1：最近1ヶ月間吸っている 条件2：生涯で6ヶ月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている	①はい（条件1・2両方満たす） <input type="checkbox"/> ②以前は吸っていたが、最近1ヶ月間は吸っていない（条件2のみ満たす） <input type="checkbox"/> ③いいえ（①②以外） <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"/>
13	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。	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"/>	<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"/>	<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"/>	<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（日本酒、焼酎、ビール、洋酒等）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）	①毎日 <input type="checkbox"/> ②週5～6日 <input type="checkbox"/> ③週3～4日 <input type="checkbox"/> ④週1～2日 <input type="checkbox"/> ⑤月に1～3日 <input type="checkbox"/> ⑥月に1日未満 <input type="checkbox"/> ⑦やめた <input type="checkbox"/> ⑧飲まない（飲めない） <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 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）	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"/> ⑤5合以上 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	睡眠で栄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（概ね1ヶ月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている。 <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"/>	<input type="checkbox"/>
22	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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

被 保 険 者 記 入 欄

《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。