

健康診断問診票

ふりがな		生年月日	年	月	日
名前	(男 ・ 女)		(歳)		

現在、自覚症状があるものに☑を入れてください。

<input type="checkbox"/> 胸の圧迫感	<input type="checkbox"/> 肩こり・腰痛	<input type="checkbox"/> いつも調子が悪い	<input type="checkbox"/> 痔の傾向がある
<input type="checkbox"/> 動悸・心臓の激しい鼓動	<input type="checkbox"/> 手足のしびれ感	<input type="checkbox"/> お腹の張り	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 息切れ	<input type="checkbox"/> めまい・立ちくらみ	<input type="checkbox"/> 下痢	[]
<input type="checkbox"/> 不眠	<input type="checkbox"/> 頭痛・耳鳴	<input type="checkbox"/> 便秘	

現疾病・既往歴に関して、該当するものに☑を入れてください。

<input type="checkbox"/> 現病 <input type="checkbox"/> 既往 脳卒中	<input type="checkbox"/> 現病 <input type="checkbox"/> 既往 貧血	<input type="checkbox"/> 現病 <input type="checkbox"/> 既往 骨粗鬆症
<input type="checkbox"/> 現病 <input type="checkbox"/> 既往 脳出血（脳卒中）	<input type="checkbox"/> 現病 <input type="checkbox"/> 既往 高血圧	<input type="checkbox"/> 現病 <input type="checkbox"/> 既往 その他
<input type="checkbox"/> 現病 <input type="checkbox"/> 既往 脳梗塞（脳卒中）	<input type="checkbox"/> 現病 <input type="checkbox"/> 既往 低血圧	[]
<input type="checkbox"/> 現病 <input type="checkbox"/> 既往 その他脳血管疾患	<input type="checkbox"/> 現病 <input type="checkbox"/> 既往 不整脈	
<input type="checkbox"/> 現病 <input type="checkbox"/> 既往 慢性的な腎不全	<input type="checkbox"/> 現病 <input type="checkbox"/> 既往 高脂血症	
<input type="checkbox"/> 現病 <input type="checkbox"/> 既往 人工透析	<input type="checkbox"/> 現病 <input type="checkbox"/> 既往 高尿酸血症	
<input type="checkbox"/> 現病 <input type="checkbox"/> 既往 狭心症	<input type="checkbox"/> 現病 <input type="checkbox"/> 既往 腎不全以外の腎疾患	
<input type="checkbox"/> 現病 <input type="checkbox"/> 既往 心筋梗塞	<input type="checkbox"/> 現病 <input type="checkbox"/> 既往 糖尿病	
<input type="checkbox"/> 現病 <input type="checkbox"/> 既往 心不全	<input type="checkbox"/> 現病 <input type="checkbox"/> 既往 肝臓病	
<input type="checkbox"/> 現病 <input type="checkbox"/> 既往 虚血性心疾患	<input type="checkbox"/> 現病 <input type="checkbox"/> 既往 胃・十二指腸潰瘍	
<input type="checkbox"/> 現病 <input type="checkbox"/> 既往 その他心疾患	<input type="checkbox"/> 現病 <input type="checkbox"/> 既往 うつ	

現在、下記の疾患で治療を受けていますか？

記入欄（治療内容と開始時期）

血圧を下げる薬の服用	はい	いいえ	
血糖を下げる薬またはインスリン注射	はい	いいえ	
コレステロールを下げる薬(中性脂肪も含む)	はい	いいえ	
その他(疾患名を記入ください)	はい	いいえ	

生活習慣について教えてください。

選 択

現在、習慣的にタバコを吸っていますか？ ※習慣的は「6ヶ月以上吸っている・6ヶ月未満でも100本以上吸っている・最近1ヶ月以上吸っている」場合をいいます。	はい	いいえ	1日の本数 () 本 () 年
20歳のときから体重が10kg以上増加していますか？	はい	いいえ	
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 実施していますか？	はい	いいえ	
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 実施していますか？	はい	いいえ	
ほぼ同じ年齢の同性と比較して、歩く速度が早いですか？	はい	いいえ	
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？	なんでもかめる	かみにくい	ほとんどかめない
人と比較して、食べるのが速いですか？	速い	普通	遅い
就寝前の2時間以内に夕食を週に3回以上とりますか？	はい	いいえ	
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？	毎日	時々	ほとんど摂取しない
朝食を抜くことが週に3回以上ありますか？	はい	いいえ	
お酒を飲む頻度はどれぐらいですか？	毎日	時々	ほとんど飲まない
1回の飲酒量はどれぐらいですか？（該当する項目に○印をつけてください） 〔 ※1合の目安：日本酒(180ml)、焼酎25度(110ml)、ビール(500ml) 缶チューハイ7%(350ml)、ウイスキーダブル1杯(60ml) ワイン2杯(240ml) 〕			0~1合未満 1~2合未満 2~3合未満 3合以上
睡眠で十分な休養がとれていますか？	はい	いいえ	
運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか？ (該当する項目に○印をつけてください)			改善するつもりはない 改善するつもりである 近いうちに改善するつもり 既に改善に取り組んでいる 既に半年以上改善に取り組んでいる
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、利用したいですか？	はい	いいえ	

※裏面もご記入ください。

過去に手術を受けたことがありますか？			手術名
(疾患名) 例：心臓ペースメーカー等	はい	いいえ	
過去2年間に下記検査で、異常を指摘されたことはありますか？			
①心電図 ②超音波 ③胸部X線 ④上部消化管X線 ⑤その他	はい	いいえ	詳細 []
女性の方のみお答えください。			
現在、妊娠の可能性はありますか？	はい	いいえ	
現在、生理中ですか？	はい	いいえ	最終月経 _____ 年 _____ 月 _____ 日開始
X線検査を受けることに同意しますか？	はい	いいえ	

～個人情報の取扱いに関して～

1. 個人情報の取得及び利用目的

受診者様からご登録いただいた個人情報は、次の業務目的に利用します。

- 1) 健康状況把握のための診察・検査等の実施
- 2) 健診結果の報告
- 3) 料金の請求
- 4) 健康診断のご案内及びセミナーのご案内等の発送（個人の住所等をご登録頂いている場合）
- 5) 精度管理、医学教育、研究（個人の識別が出来ない方法で行います）
- 6) 法令・行政上の業務への対応

2. 個人情報の委託・提供

- 1) 血液検査については、個人情報保護体制が一定の水準に達していると認められる専門業者を当院が責任を持って選定し、個人情報を提供する場合があります。
- 2) 当院と直接契約（申込み内容）を行い、健康診断を受診された方の結果通知書は、ご本人に直接郵送するか所属先の事業所を經由してお届けします。
- 3) 事業所等から委託を受けて行う健康診断等につきましては、事業所等へ その結果（オプション検査含む）を通知いたします。（ただし、委託範囲外の個人で申し込まれた検査項目は除きます。）

3. 同意が得られなかった場合

受診者の方から所属事業者名、氏名、性別、生年月日等の基本情報等の提供が得られなかった場合、健診結果データを受診された個人と結びつけることができず、受診者様や所属事業者等へ健診結果報告書の提供ができないことになります。

4. 開示・訂正等

- 1) 受診者様が所属する事業者等より委託を受けた個人情報の開示請求は、受診者様が所属する事業者等の担当者を経由して行ってください。
- 2) 当院に直接申込みされたご本人からの開示請求については、相談窓口にお申出ください。その時は、本人確認できる身分証等でご本人を確認させていただいた後、速やかに開示します。

5. 個人情報取り扱い窓口

ラッフルズメディカル大阪クリニック 個人情報取り扱い窓口：06-6345-8145



上記の個人情報の取り扱いについて、同意いただける場合は右の□に✓点をお願いします。