

# 健康診断問診票

第4期改

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"/> 不眠	<input type="checkbox"/> めまい・立ちくらみ	<input type="checkbox"/> お腹の張り	<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"/> 肩こり・腰痛	<input type="checkbox"/> 頭痛・耳鳴	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> その他		
<input type="checkbox"/> 息切れ	<input type="checkbox"/> 手足のしびれ感	<input type="checkbox"/> いつも調子が悪い	<input type="checkbox"/> 便秘	[ ]		
現病・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 虚血性心疾患	<input type="checkbox"/> 現病 <input type="checkbox"/> 既往 糖尿病				
<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 その他心疾患	<input type="checkbox"/> 現病 <input type="checkbox"/> 既往 肝臓病				
<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 貧血	<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 その他脳血管疾患	<input type="checkbox"/> 現病 <input type="checkbox"/> 既往 高血圧	<input type="checkbox"/> 現病 <input type="checkbox"/> 既往 うつ				
<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 低血圧	<input type="checkbox"/> 現病 <input type="checkbox"/> 既往 骨粗鬆症				
<input type="checkbox"/> 現病 <input type="checkbox"/> 既往 人工透析	<input type="checkbox"/> 現病 <input type="checkbox"/> 既往 不整脈	<input type="checkbox"/> 現病 <input type="checkbox"/> 既往 その他				
<input type="checkbox"/> 現病 <input type="checkbox"/> 既往 狭心症	<input type="checkbox"/> 現病 <input type="checkbox"/> 既往 高脂血症	その他疾患名				
<input type="checkbox"/> 現病 <input type="checkbox"/> 既往 心筋梗塞	<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 心不全	<input type="checkbox"/> 現病 <input type="checkbox"/> 既往 腎不全以外の腎疾患	[ ]				
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				
血糖を下げる薬の服用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)の服用	はい	いいえ				
その他(疾患名: )	はい	いいえ				
生活習慣について教えてください。			選 択			
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カ月間吸っている 条件2:生涯で6カ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 ②以前は吸っていたが、最近1カ月間は吸っていない ③いいえ			
20歳のときの体重から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速いですか？			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？			①何でもかんで食べることができる ②かみにくいことがある ③ほとんどかめない			
人と比較して食べる速度が速いですか？			速い	ふつう	遅い	
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(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)はどのくらいの頻度で飲みますか？ ※「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	②週5~6日	③週3~4日	
飲酒日の1日当たりの飲酒量はどのくらいですか？ ※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)			①1合未満	②1~2合未満		
			③2~3合未満	④3~5合未満		
			⑤5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ようと思っっていますか？			①改善するつもりはない ②改善するつもりである(6カ月以内) ③近いうちに(1カ月以内)改善するつもり・少しずつ始めている ④既に改善に取り組んでいる(6カ月未満) ⑤既に改善に取り組んでいる(6カ月以上)			
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？			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？		疾患名	
(疾患名) 例：心臓ペースメーカー等	はい	いいえ	{ (____年前) }
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(エコー) ③胸部X線(レントゲン) ④バリウム ⑤その他	はい	いいえ	{ 詳細 } { }
<b>女性の方のみお答えください。</b>			
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(レントゲン)検査を受けることに同意しますか？	はい	いいえ	
<b>バリウム検査をご受診の方のみお答えください。</b>		<b>「はい」の方のみお答えください。</b>	
バリウム検査を受けたことはありますか？	はい	いいえ	異常なし・異常あり(内容: _____)
バリウム検査でアレルギーが出たことはありますか？	はい	いいえ	【アレルギー】バリウム・下剤・発泡剤
起床時から来院までに飲食をしましたか？ <u>※10時間以上の絶食をお願いします。</u>	はい	いいえ	食べ物: _____ (____時頃) 飲み物: _____(コップ____杯程度) (____時頃)
便が出にくいと感じることはありますか？ また排便頻度はどのくらいですか？	はい	いいえ	【直前の排便日】 ____日前 【頻度】 1～3日・4～6日・1週間以上に1回
ピロリ菌がいるといわれたことはありますか？	はい	いいえ	
ピロリ菌の除菌をされたことはありますか？	はい	いいえ	除菌後 ⇒ 陰性(確認済・未確認) (____年前)

### ～ 健康診断留意点 ～

疾病の早期発見、健康確保を目的としております。確率は低いですが、検査の過程や検査後に偶発的な症状や合併症が起こることもあり得ます。検査目的による意図しない偶発的な症状による医療費は受診者様のご負担となります。痛みが続くようであれば産業医、主治医にご相談ください。

【採血】採血後に採血部位の皮膚が青くなることや腫れや痛み等が生じることがありますが、通常6週間程度で元に戻ります。

【バリウム検査】検査後、水分をお取りいただきお渡しする下剤を服用ください。(詳細は検査後に説明有)

体重が120kg以上ある方、体位変換ができない方、透析中の方、重症心疾患の方、血圧が(180/110)を越える方、じんましんやアレルギー反応が起こったことがある方はご受診できません。

また、その他の事由により当日医師の判断で検査をお断りすることがありますのでご了承ください。

### 【個人情報の取り扱いについて】

#### 1. 個人情報の取得及び利用目的

- 健康状況把握のための診察、検査等の実施、健診結果の報告、料金の請求
- 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)
- 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)
- 法令・行政上の業務への対応

#### 2. 個人情報の委託・提供

- 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。
- 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経由してお届けします。
- 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となります。

#### 4. 開示・訂正等

- 受診者様が所属する事業所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所等の担当者を經由して行ってください。
- 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、相談窓口にお申し出ください。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。

上記、健康診断留意点、個人情報取り扱いについてを確認しました。確認された方は☑してください。

