

受診日

受診者ID

検査質問表

検査の結果を判定するために必要ですので、必ず記入して受付の時に係にお渡しください。また、以前の資料がありましたら大変参考になりますのでご持参下さい。この問診表は医療関係者以外には秘密書類となっております。

	組合名		
フリガナ	生年月日		
氏名	性別	年齢	
住所	TEL		
	本人携帯		

この用紙は、機械で読み取り処理しますので、折ったり・曲げたり・汚したりしないようにして下さい。

◎以下の質問について、該当する項目に または、数字 を記入して下さい。※HBまたはBの鉛筆を使用して下さい。

[A] 現在の自覚症状について

1) 自覚症状など気になることが、現在ありますか？
 はい いいえ

2) それはどのような症状ですか？
 痛み [痛む箇所: _____]
 めまい 手足のしびれ 胸苦しさ
 脈の乱れ 胸焼け 血便・黒色便
 咳 痰 失神
 歩行障害

3) 体重の変化 減少 増加 なし 不明
 (1年以内 3kg程度以上)

4) その他、内科的に気になる症状をご記入ください。
 (通院中の方は書かないでください)

[B] 婦人科について ※女性の方のみお答えください。

1) 月経について
 順調 [日周期] 不順

2) 最近の月経について
 月 日 ~ 月 日
 日間

3) 初経 歳 ・ 閉経 歳

4) 既婚 (離婚含む) 未婚 (性交渉歴 有 無)

5) 出産 回 (帝王切開 回)

6) 流産 回 人工中絶 回

[C] 業務歴について

1) 業務上、取り扱ったり関係したものが下欄内にありますか？
 はい いいえ

2) "はい"の方は以下の選択肢より番号でお答えください。

1.石綿・粉じん 2.有機溶剤 3.鉛 4.特定化学物質
 5.電離放射線 6.深夜業 7.騒音 8.重量物 (介護業務を含む)

[D] 保険診療でおかかりの病気について

1) 現在、治療中・通院での経過観察などの病気がありますか？
 以下の選択肢より番号でお答え頂くか、下記の[その他の病名]にご記入ください。
 ※前回治療中などの病気があった方は表示されています。
 すでに治療が終わっている場合は二重線で消して下さい。

00) なし 01) 高血圧 02) 高脂血症 [コレステロール/中性脂肪]
 03) 糖尿病 04) 高尿酸血症 05) 痛風 06) がん
 07) 心臓病 08) 貧血 09) 肝臓病 10) 腎臓病
 11) 甲状腺の病気 [バセドウ病/橋本病/腫瘍など]
 12) 前立腺の病気 13) 脳梗塞 14) 脳出血
 15) 消化器の病気 [食道/胃/大腸] 16) 呼吸器の病気 [肺/気管支]
 17) 婦人科の病気 [子宮/卵巣] 18) 眼科の病気 [白内障/緑内障など]

その他の病名 (がんの場合は部位)

2) 現在、お薬を服用中ですか？
 はい いいえ

お薬名を下に記入するか、右にチェックをして当日紙のお薬手帳をお持ちいただければ当院でコピーします (スマホ不可)

3) 過去に治療した病気・大きな怪我はありますか？
 はい いいえ

*過去の歴は表示されています。
 表示されていないものは記入してください。

<手術を受けたもの>

<手術以外のもの>

※以下のものをお使いですか？
 ペースメーカー 除細動器 使用していない

※現在、妊娠の可能性はありますか？ (女性のみ)
 はい いいえ

裏面にご署名のお願いがございますのでご確認をお願いします。(個人情報取り扱い、CT検査について)

【健康診断における個人情報の取り扱いについて全員ご記入をお願いいたします】

当院では、健康診断に関する個人情報を「個人情報保護方針」と「利用目的」に基づいて取り扱います。受診者さまは、同意の上で健康診断を受けていただく必要がありますので、当院ホームページまたは下記QRコードより内容をご確認ください。ご同意いただけましたら、下記の同意書にご記入をお願いします。（ホームページをご覧いただけない方は当日健診前にお読みいただきますので受付時にお申し出ください。）

当院ホームページURL: www.hijirigaoka.or.jp



< 同意書 >

当院の「個人情報保護方針」ならびに「利用目的」に同意の上健康診断を受診します。

年 月 日 　　ご署名

【CT検査を受ける方のみご記入をお願いいたします】

CT検査実施前に被ばくについて説明し受診者様の同意をいただき記録に残すことが法律により義務づけられました。以下の説明をお読みいただきご署名をお願いいたします。

※検査前にご署名いただけない場合にはCT検査を実施できません

なお、装置の加重制限のため、受診当日体重が180kg以上の方はご利用いただけません。

放射線は医療などにおいて人工的に発生させるほか、自然にも存在しています。放射線を浴びすぎると健康被害につながりますが、その量は100mSv(ミリシーベルト)といわれています。

当院CT検査における被ばく量は胸部は約6mSv、腹部は約9mSv、頭部は約3mSvです。日本での自然放射線による1年間の被ばく量は1人当たり平均で約2.1mSvであることから、CT検査を受けることで健康被害を受けることはまずないものと考えられます。

CT検査を受けることにより、胸部X線や腹部超音波検査では見つけにくい疾患の発見可能性が大きくなるメリットがあります。

より詳細な説明をご希望の場合には下記の当院ホームページをご確認願います。
(院内・放射線室前にも提示しております)

URL: www.hijirigaoka.or.jp



上記について同意のうえ、CT検査を受けます。

20 年 月 日(受診日をご記入ください)

ご署名

受診日

受診者ID

特定健診問診表

組合名		記号・番号			
フリガナ		生年月日			
氏名		性別	年齢		

◎以下の質問について、該当する項目に を記入して下さい。

No.	質問項目	回答
1	現在、血圧を下げる薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> ① はい <input type="checkbox"/> ② いいえ
2	現在、インスリン注射又は血糖を下げる薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> ① はい <input type="checkbox"/> ② いいえ
3	現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> ① はい <input type="checkbox"/> ② いいえ
4	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> ① はい <input type="checkbox"/> ② いいえ
5	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> ① はい <input type="checkbox"/> ② いいえ
6	医師から、慢性の腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析など)を受けていますか。	<input type="checkbox"/> ① はい <input type="checkbox"/> ② いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがありますか。	<input type="checkbox"/> ① はい <input type="checkbox"/> ② いいえ
8	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2を両方満たす者である。 ・条件1：最近1か月間吸っている ・条件2：生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている	<input type="checkbox"/> ① はい（条件1と条件2を両方満たす） <input type="checkbox"/> ② 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない（条件2のみ満たす） <input type="checkbox"/> ③ いいえ（①、②以外）
9	20歳の時の体重から、10kg以上増加している。	<input type="checkbox"/> ① はい <input type="checkbox"/> ② いいえ
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"/> ① はい <input type="checkbox"/> ② いいえ
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"/> ① はい <input type="checkbox"/> ② いいえ
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"/> ① はい <input type="checkbox"/> ② いいえ
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。	<input type="checkbox"/> ① なんでもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> ② 歯や歯ぐき、かみ合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
14	人と比較して食べる速度が速い。	<input type="checkbox"/> ① 速い <input type="checkbox"/> ② 普通 <input type="checkbox"/> ③ 遅い
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"/> ① はい <input type="checkbox"/> ② いいえ
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。	<input type="checkbox"/> ① 毎日 <input type="checkbox"/> ② 時々 <input type="checkbox"/> ③ ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	<input type="checkbox"/> ① はい <input type="checkbox"/> ② いいえ
18	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）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	<input type="checkbox"/> 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）
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量は。 ※ 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）	<input type="checkbox"/> ① 1合未満 <input type="checkbox"/> ② 1～2合未満 <input type="checkbox"/> ③ 2～3合未満 <input type="checkbox"/> ④ 3～5合未満 <input type="checkbox"/> ⑤ 5合以上
20	睡眠で休養が十分とれている。	<input type="checkbox"/> ① はい <input type="checkbox"/> ② いいえ
21	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。	<input type="checkbox"/> 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か月以内） <input type="checkbox"/> ③ 近いうちに（概ね1か月以内）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か月未満） <input type="checkbox"/> ⑤ 既に改善に取り組んでいる（6か月以上）
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"/> ① はい <input type="checkbox"/> ② いいえ