

# 定期健診問診票

年 月 日

フリガナ		生 年	大・昭・平	年	月	日生
お名前		月 日				
		年 齢		才	性 別	男 ・ 女

健診結果用紙に記載いたします。必ずご記入下さい。

1. 既往歴（今までの病歴・治療歴・服薬状況）をご記入ください。

病 名	治療の有無	現 在 の 状 況
	なし・あり	治療中・治癒・服薬中・その他（ ）

2. 自覚症状があればご記入ください。

特になし       あり・・・具体的にご記入ください（ ）

健診結果用紙には記載いたしません但し医師が診断する際に必要な項目です。必ずご記入下さい。

3. ウィルス感染症と、診断されたことがありますか？

いいえ       はい（B型肝炎・C型肝炎・HIV・その他（ ））

4. ご家族で大きな病気をされた方はいらっしゃいますか？

いいえ       はい      病 名：      ご自身との続柄：

5. 現在、微熱が続いた症状はありますか？

いいえ       はい

6. 現在、咳が続いた症状はありますか？

いいえ       はい

7. アスベストに関連する業務につかれたことはありますか？

いいえ       は い（ ）

8. 女性の方へおうかがいします。該当するものにチェックして下さい。

妊娠の可能性がります。       妊娠しています。（ 月）       現在授乳中です。

# 質 問 票

回答欄は、全てご記入ください。

	質 問 事 項	回 答	
		① はい	② いいえ
被 保 険 者 記 入 欄	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糖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"/> 通算喫煙年数 ( )年 1日( )本	<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 この1年間で体重の増減が±3kg以上あった。	<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"/>	
	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 夕食後の間食(3食以外の夜食)をとることが週に3回以上ある。	<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(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 飲まない <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)	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となっている、特定健診・保健指導の円滑な運営を行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。

## 健康診断をお受けになる方へ

検査当日は。。

- 尿検査がございます。検査直前のお手洗いはお控えください。
- 予約時間にお越しになれない場合は、早めにご連絡ください。
- 採血検査のある方は、以下の食事制限がありますのでご確認ください。
  - ※ 8時間前からお食事は取らないでください。
  - ※ お水を500mlほど飲んでから来院してください。
- 服用中のお薬のある方は、主治医にご相談ください。
- 検査所要時間は、30分～60分です。
- 事前に問診票・質問票をご記入ください。当日院内にも用意していますが、検査所要時間が長くなる場合がありますので、事前記入をお勧めいたします。
  - ※ 書式はホームページよりダウンロード可能です。

※ご予約のお時間を15分過ぎてもご来院されない場合は  
自動的にキャンセルになります。

採血検査を受けられる方へ

検査前日 / ( )	:	
検査当日 / ( )	:	

神奈川県大和市渋谷 6-12-6  
ロイヤルパレス渋谷 1F  
医療法人社団 楡  
にれファミリークリニック  
TEL.046-244-0562

最寄り駅  
小田急江ノ島線「高座渋谷」駅  
東口 徒歩約1分