

下記の必要事項をご記入下さい。

事業所名		記入日	年 月 日
		ご本人連絡先	() —
フリガナ		生年月日	昭和・平成 年 月 日(才)
氏名		性別(✓してください)	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性

※ 以下の質問について、回答から当てはまる番号1つに○、()内には数字を記入して下さい。

質問	回答
1 血圧を下げる薬を服用している。	1. はい 2. いいえ
2 インスリン注射または血糖を下げる薬を使用している。	1. はい 2. いいえ
3 コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用している。	1. はい 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る。	1. はい 2. いいえ
5 医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがある。	1. はい 2. いいえ
6 医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析)を受けたことがある。	1. はい 2. いいえ
7 医師から、貧血といわれたことがある。	1. はい 2. いいえ
8 現在、タバコを習慣的に吸っている。 喫煙本数と年数はどれくらいですか。	1. はい 2. いいえ ()年間 ()本/日
9 20歳の時の体重から10kg以上増加している。	1. はい 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。	1. はい 2. いいえ
11 日常で歩行または同等の身体活動を1日1時間以上、1年以上実施している。	1. はい 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。	1. はい 2. いいえ
13 食事を噛んで食べる時の状態。	1. よく噛める 2. 噛みにくいことがある 3. ほとんど噛めない
14 人と比較して食べる速度が速い。	1. 速い 2. 普通 3. 遅い
15 就寝前の2時間以内に夕食をとることが週3回以上ある。	1. はい 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。	1. 毎日 2. 時々 3. ほとんど摂取しない
17 朝食を抜くことが週3回以上ある。	1. はい 2. いいえ
18 お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度について。	1. 毎日 2. 時々 3. ほとんど飲まない(飲めない)
19 飲酒日の1日当たりの飲酒量は、清酒1合に換算した場合、どのくらいですか。 清酒1合(180ml)の目安:ビール中ビン1本・焼酎35度(80ml)・ウイスキーダブル1杯(80ml)・ワイン2杯(240ml)	1合未満 1~2合未満 2~3合未満 3合以上
20 睡眠で休養が十分とれていますか。 1日の睡眠時間はどれくらいですか。	1. はい 2. いいえ ()時間
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。 1. 改善するつもりはない 2. 改善するつもりである(概ね6か月以内) 3. 近いうち(概ね1か月以内)に改善するつもりであり、少しずつ始めている。 4. すでに改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) 5. すでに改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)	
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しますか。	1. はい 2. いいえ
A 最終食事時間 AM / PM ()時頃 食べ終わり Aコース以外、前日午後9時以降絶食のこと。	
B 最近の海外への渡航歴 1. はい(場所 時期) 2. いいえ	

【現在、治療中の病気】 * 該当するものに✓をつけてください。

高血圧 糖尿病 脂質異常症(高脂血症) 脳血管疾患(脳卒中) 循環器疾患(心臓病) 貧血
 呼吸器疾患(肺疾患) 痛風(高尿酸血症) その他()

【過去の病気(既往歴)】 * できるだけ詳しく記入してください。

【自覚症状】 * 該当するものに✓をつけてください。

食欲不振、吐き気がある 胃もたれ、胸やけがある 腹痛がある 下痢・便秘・血便がある 頭痛がある
 胸に痛みがある・動悸がする 咳と痰が多い めまい、耳鳴りがする その他()

* 女性の方へ 以下の質問について、回答から当てはまる番号に○をつけて下さい。

生理中ですか？	1. はい 2. いいえ	妊娠中ですか？	1. はい 2. いいえ
---------	--------------	---------	--------------

個人情報に関する事項です。今回の健診結果報告書を会社保管用に1部お渡しさせていただきます。
(労働基準に基づく健康診断であり、個人情報保護法の例外事項に当たるため)

受診上のご注意(裏面 問診票)

受付時間 午前8:30～午前11:00 胃部検査を含む方 予約時刻(別紙参照)
 ※受付時間を過ぎると受診できません 日程変更は、**お早めにご連絡**ください。

1 当日の服装・持ち物

検査・診察等で胸や手足を出すことがありますので、着脱しやすい服装でお越しください。
 胸部X線写真にうつりにみえますので、**無地のTシャツ**でお越しください。
 心電図検査を受ける方は**厚手のソッキングやタイツ**は検査できない可能性が有りますので**お控えください**。
※生活習慣病予防健診を受診される方は健康保険証を受付に提示ください。
眼底検査を受けられる方で**コンタクトレンズ**をご使用の方は、**専用ケースと保存液**をご用意ください。

2 血液検査を受ける方

・当日は結果に影響が出ますので、**朝食は取らず**にお越しください。
 少量の水・お茶は構いませんが、ジュースやコーヒー、飴等はお控えください。
 ・採血時に、気分が悪くなるなどの経験がある方は、お申し出ください。
 ・健診終了後、再度採血部分をご確認ください。異常がある場合は、お早めにご連絡ください。

3 胃部検査(詳細は別紙参照) 【予約制】

・前日の夕食は、**午後8時半までに**済ませ、その後は**絶飲食・禁煙**で受診してください。
 (お水とお茶だけは、午後10時頃までお飲みいただいて結構です。)

4 便潜血検査:採便時の注意

・便は、検査当日、前日、前々日の3日間のうちから2回(2日間)採るようにしてください。
 ・生理中は避けてください。
 ・便を採った後は、冷蔵で保存してください。やむを得ず室温で保存する場合は、日の当たらない涼しい場所(25℃以下)に保存してください。

4 腹部超音波検査を受けられる方 【予約制】

・午後9時以降**絶飲食**(少量の水・お茶は可)で受診してください。

5 女性の方

・**妊娠中、または可能性のある方**は、X線検査は受けられません。受付時にお申し出ください。
 ・健診当日に生理中の方は、**尿検査を後日受診可能**です。

6 お薬について

・**血圧や心臓のお薬**を服用されている方は、**予め服用して**受診してください。
 ・その他のお薬については、**かかりつけの医療機関**にご相談ください。

7 その他

・専用駐車場はございません。公共交通機関をご利用ください。
 ※診察は、外来患者さんと混同します。診察内容によっては、
 外来患者さん優先となる場合がありますので予めご了承ください。

	A	B	C	生活習慣病予防健診	
				(一般)	(付加)
身体計測	○	○	○	○	○
視力	○	○	○	○	○
聴力 (会話法)	○	○			
聴力 (オージオ)			○	○	○
血圧	○	○	○	○	○
心電図			○	○	○
胸部X線	○	○	○	○	○
胃部検査				○	○
血液検査		○	○	○	○
便潜血検査				○	○
尿検査	○	○	○	○	○
内科診察	○	○	○	○	○
眼底・眼圧					○
肺機能					○
腹部超音波					○



* 雇入時健診の項目は、「Cコース」と同様です。
 * オプション検査を受診コースに追加された場合は、
 事業所保管用結果報告書にも記載されます。

医療法人 甲聖会
 甲聖会記念病院
 TEL 06-6380-0666
 FAX 06-6380-0736