

健康診断問診(質問)票

受診項目は下記の項目です。

※予約日・予約時間以外のお越しの方は受診できません。変更の場合はご連絡ください

受診日	
受付時間	～
受診コース	
窓口支払額	

※下記内容に変更・訂正がある場合は必ず注意事項をご確認ください。

フリガナ	イシカイ タロウ				
受診者氏名	医師会 太郎				
生年月日	昭和〇〇年〇月〇日	年齢	〇〇歳	性別	男
保険者名称				本・配区分	
保険証記号			保険証番号		
事業所名称					
部署コード・社員No.					
自宅住所	住所・電話番号 必ずご記入ください ★住所と電話番号を記入してください				
自宅電話番号			携帯電話番号		

受診項目		必須
問診		必須
計測		
腹囲		
血圧		
尿検査		
採血1生化学		
採血2血液一般		
採血3血糖		
視力		
聴力		
診察		
心電図		
眼底		
胸部X線撮影		
胃部X線撮影		
大腸がん検査		

訂正・変更は
余白に
ご記入ください

当日の持ち物

- 健康診断問診票
- 保険証
- 尿容器
- 便容器

**受付で提出となります
お手元にご準備ください**

(ご予約の健康診断によって
印字される内容は異なります)

不同意

ラベル貼り付け

※事前に2ページ以降を
ご記入の上、ご持参ください

受付記入欄	
<input type="checkbox"/>	胃の禁忌、注意
<input type="checkbox"/>	受診中
<input type="checkbox"/>	生理中
<input type="checkbox"/>	困難
<input type="checkbox"/>	中
<input type="checkbox"/>	その他

詳細項目	チェック
<input type="checkbox"/> 貧血	
<input type="checkbox"/> 眼底(前年度)	
<input type="checkbox"/> 眼底(結果)	
<input type="checkbox"/> 心電図(結果)	
<input type="checkbox"/>	

肝炎 ABC

登録番号

コード

01

黒鉛筆でご記入ください

※該当する に

※機械で読み取りますので、記入の際はご注意ください。

※全ての項目に目を通し、ご記入ください

漢字氏名(性別)

平成〇年〇月〇日生まれ (〇歳)

当日の状況

該当する方は〇をつけてください

- ペースメーカー、植込み型心電計・除細動器の装着
- 健診前9時間以内に飲食した(水・茶 は〇不要です)

- <胃バリウム検査をご予定の方>
- 3日以内に排便がない

- 妊娠中、妊娠の可能性
- 採尿時生理中

現在の職業

内に該当の番号を右詰めでご記入ください

- 1. 管理職
- 2. 専門・技術職
- 3. 事務職
- 4. 販売
- 5. サービス
- 6. 保安
- 7. 農林漁業
- 8. 無職
- 9. 輸送・機械運転
- 10. 建設・採掘
- 11. 運搬・清掃・包装等
- 12. 無職

- 1. 常時日勤
- 2. 常時夜勤
- 3. 交替制(日勤と夜勤両方)

1日の労働時間 ※

- 1. 10時間以上
- 2. 8時間以上10時間未満
- 3. 6時間以上8時間未満
- 4. 6時間未満

1週間の労働日数 ※

- 1. 6日間以上
- 2. 5日間
- 3. 3日間以上5日間未満
- 4. 3日間未満

該当番号

85

※無職の方は勤務体制等は選択不要です

該当番号

1

該当番号

2

該当番号

2

生活習慣について

①~⑦はいずれかを必ずご選択ください

※吸うとは、「過去に合計100本以上」または「6か月以上」吸っていて「最近1か月間も吸っている」こと
加熱式たばこについては、カートリッジの本数を喫煙本数と読み替える

① 喫煙

やめた・吸うの方は、本数、喫煙年数もご記入ください

もともと吸わない

やめた

吸う

1日

818本

85年間

吸っていた
または吸っている

② 飲酒

お酒を飲む頻度

飲酒日の1日あたりの飲酒量

- 毎日
- 週5~6日
- 週3~4日
- 週1~2日
- 月に1~3日
- 月に1日未満

- 1合未満
- 1~2合未満
- 2~3合未満
- 3~5合未満
- 5合以上

飲酒量をどれか1つ
選択してください

<1合換算の目安>

日本酒1合(15度)	180ml
ビール(5度)	500ml
焼酎(25度)	110ml
ワイン(14度)	180ml
ウイスキー(43度)	60ml
缶チューハイ(5度)	500ml
缶チューハイ(7度)	350ml

やめた

※「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

飲まない(飲めない)

③ 食事をかんで食べる時の状態

- 何でもかんで食べることができる
- かみにくいことがある
- ほとんどかめない

⑤ 人と比較して食べる速度

- 速い
- ふつう
- 遅い

⑥ 朝昼夕の3食以外の間食や甘い飲み物の摂取

- 毎日
- 時どき
- ほとんど摂取しない

④ 運動や食生活等の生活習慣改善

- 改善するつもりはない
- 改善するつもりである(概ね6か月以内)
- 改善するつもり、始めている(概ね1か月以内)
- すでに改善に取り組んでいる(6か月未満)
- すでに改善している(6か月以上)

⑦ 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る

- はい
- いいえ

20歳の時から体重が10kg以上増えている

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

日常生活で歩行または同等の身体活動を
1日1時間以上実施している

睡眠で休養が十分とれている

ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い

就寝前2時間以内に夕食をとることが
週に3回以上ある

朝食を抜くことが週に3回以上ある

健康について相談したいことがある

①
⑦
まで
いずれかに
必ず〇をつけて
選択してください

病歴

※「薬の使用」とは、現在医療機関から投薬を受けていること。「定期受診中」とは、現在医療機関による定期的な検査・指導を受けていること。
 該当するものに○をつけてください

	薬の使用	定期受診中	過去の病気	手術歴		薬の使用	定期受診中	過去の病気	手術歴
高血圧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		慢性腎臓病、腎不全、人工透析	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		その他の腎臓疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
脂質異常 (コレステロール、中性脂肪)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		前立腺疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
貧血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		その他の泌尿器系疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他の血液疾患 (多血、血小板数、白血病 等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肺の疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
脳卒中 (脳梗塞、脳出血、くも膜下出血)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	食道疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心筋梗塞、狭心症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	胃の疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
不整脈	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	十二指腸疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他の心臓疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	腸の疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
高尿酸血症(痛風)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		婦人科疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B型、C型肝炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	乳房疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他の肝臓疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	甲状腺疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胆のう疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	眼底出血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
すい臓疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	その他の眼科疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他					難聴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

自覚症状 (最近3か月以内)

該当するものに○をつけてください

<input type="checkbox"/> 脈の不整	<input type="checkbox"/> 咳、痰が続く
<input type="checkbox"/> 動悸がする	<input type="checkbox"/> 血痰が出る(6か月以内)
<input type="checkbox"/> 胸が苦しくなる	<input type="checkbox"/> 息切れ、胸痛
<input type="checkbox"/> 尿が出にくい	<input type="checkbox"/> ものがつかえる
<input type="checkbox"/> 血尿が出る	<input type="checkbox"/> 胸やけ、げっぷ、すっぱい水があがる
<input type="checkbox"/> 残尿感がある	<input type="checkbox"/> 腹が痛む
<input type="checkbox"/> 便が細くなった	<input type="checkbox"/> 最近急にやせた
<input type="checkbox"/> 便秘がち	<input type="checkbox"/> 手足がむくむ
<input type="checkbox"/> 血便がある	
<input type="checkbox"/> 残便感がある	
その他	

家族歴

該当するものに○をつけてください

	父	母	兄弟姉妹	子
肺がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胃がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
大腸がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
乳がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子宮がん		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他のがん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
糖尿病・慢性腎臓病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心臓疾患による突然死	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心臓疾患以外の突然死	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

受診歴

最後に健診を受けた年度、その結果について記入

前回の健診を受けた年度を記入 ↓

結果に異常有り 精密検査済み

健康診断	平成 令和	8 6	年度	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>
呼吸器検診 (胸部X線検査)	平成 令和	8 6	年度	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>
胃がん検診 (バリウム検査・内視鏡検査)	平成 令和	8 6	年度	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>
大腸がん検診 (便潜血等)	平成 令和	8 6	年度	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>
前立腺検査 (PSA)	平成 令和	8 8	年度	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>

前回の結果で異常があったものに ○ ↑

業務歴

該当する方は○をつけてください

<input type="checkbox"/> 粉じん、石綿を取扱う業務経験がある →	<input type="text" value="8"/>	<input type="text" value="8"/>	年間
<input type="checkbox"/> 重量物を取扱う業務経験がある			
<input type="checkbox"/> 激しい振動を伴う業務経験がある			
<input type="checkbox"/> 有害物質を取扱う業務経験がある			
<input type="checkbox"/> 放射線を取扱う業務経験がある			

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--

以下の **追加検査をご希望の方のみ**

該当箇所をご記入ください

ご希望でない方のご記入は不要です

肝炎ウイルス検診

肝炎ウイルス検診を希望します

自署

- ① 肝機能異常を指摘されたことがある
- ② 広範囲な外科手術をしたことがある
- ③ 妊娠、分娩時に多量出血をした
- ②③について、その後の定期的な肝機能検査をしてい
- ④ B型、C型肝炎の治療中である
- ⑤ B型、C型肝炎の既往歴がある
- ⑥ B型、C型肝炎ウイルス検査の受診歴がある
- ①～⑥ 全て該当なし

胃がんリスク層別化検査（ABC分類）

胃がんリスク層別化検査を希望します

① 胃酸を抑える薬の服用（2か月以内）

② ピロリ菌の除菌をした

除菌結果 成功

失敗

不明

除菌成否の確認方法 尿素呼気試験（UBT）

糞便中抗原測定

その他、わからない

③ 腎不全を指摘されたことがある（クレアチニン値3.0mg/dL以上）

① ② ③ 全て該当なし

- ・健康診断等の結果の情報は、委託元（市町村・事業者・加入医療保険者等）へ提供することがあります。同意の上、ご受診くださいますようお願いいたします。
- ・この用紙に記載された内容は、結果の判定や保健指導に利用できるよう通知書等に印字されます。その他の目的には使用いたしません。

山形市南館5丁目3番10号
一般社団法人 山形市医師会
山形市医師会健診センター