

健康調査欄の記入方法

※こちらは記入見本になります。
ご記入は、オレンジ色の健康診断受診票をお願いします。

健康調査欄(本人記入)

健康診断ガイド

*ボールペンを使用してください

個人情報の取り扱いについて同意します。

右記「個人情報の取り扱いについて」の内容をご確認いただいた上で、ご同意願います。
なお、外部医療機関にて健診を受診する際に左記チェックがなされない場合においては、該当書面の内容をご理解いただいたものと見做し、「2.個人情報の利用目的」に記載された内容にて個人情報を利用いたしますことをご承知おきください。

既往歴

既往歴について、A：治癒、B：治療中、C：経過観察、D：放置の、該当する状況 に記号を記入して下さい。
既往歴が特にない方は、右の「特になし」の欄に斜線を記入して下さい。
年齢部分はその状況になった時点の年齢を記入して下さい。(治療中：服薬又は通院観察中である)

★特になし...

状況	年齢	状況	年齢	状況	年齢
高血圧	B 55	肝機能障害	<input type="checkbox"/> 88	関節リウマチ	<input type="checkbox"/> 88
脂質異常症	<input type="checkbox"/> 88	B型肝炎	<input type="checkbox"/> 88	前立腺肥大	<input type="checkbox"/> 88
糖尿病	<input type="checkbox"/> 88	C型肝炎	<input type="checkbox"/> 88	甲状腺疾患	<input type="checkbox"/> 88
通風・尿酸血症	<input type="checkbox"/> 88	腎臓病 (慢性腎炎・透析中)	<input type="checkbox"/> 88	子宮筋腫	<input type="checkbox"/> 88
肺結核・肋膜炎	<input type="checkbox"/> 88	尿路結石	<input type="checkbox"/> 88	白内障	<input type="checkbox"/> 88
気管支喘息	<input type="checkbox"/> 88	胆石・胆嚢ポリープ	<input type="checkbox"/> 88	緑内障	<input type="checkbox"/> 88
呼吸器疾患	<input type="checkbox"/> 88	膵炎	<input type="checkbox"/> 88	その他眼科疾患	<input type="checkbox"/> 88
心筋梗塞・狭心症	<input type="checkbox"/> 88	胃十二指腸潰瘍	<input type="checkbox"/> 88	腰痛症	C 61
不整脈	D 58	胃ポリープ	A 49	皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 88
脳血管障害 (脳出血・梗塞・くも膜下出血)	<input type="checkbox"/> 88	大腸ポリープ	<input type="checkbox"/> 88	上記(病名記入)	<input type="checkbox"/> 88
貧血	<input type="checkbox"/> 88	痔	<input type="checkbox"/> 88	(病名記入)	<input type="checkbox"/> 88
その他血液疾患	<input type="checkbox"/> 88	その他消化器疾患	<input type="checkbox"/> 88	(病名記入)	<input type="checkbox"/> 88

自覚症状

ここ1ヶ月で症状のあったものに関して、「いつも」または「時々」の欄に斜線を記入して下さい。
何もない場合は、右の「特になし」の欄に斜線を記入して下さい。

★特になし...

いつも	時々	いつも	時々	いつも	時々	いつも	時々
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	・せき・たん	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	・胃痛・腹痛	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	・たんに血が混じる	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	・下痢	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	・息苦しくなる	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	・便秘	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	・胸がしめつけられる	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	・便に赤い血が混じる	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	・どうき・息切れ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	・黒い便がでる	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	・脈の乱れ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	・便が細い、出にくい	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	・顔・手足のむくみ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	・尿が近い	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	・手足の冷え	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	・排尿時痛・残尿感	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	・食欲不振	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	・血尿・尿のにごり	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	・のどがひどく渴く	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	・尿量減少	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	・むかつき、嘔吐	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	・めまい・立ちくらみ	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	・熱睡できない	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	・頭痛・頭重感	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	・食べ物がのどにつかえる	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	・不安感・いらいら	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	・舌のもつれ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	・人と話したり会いたくない	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	・眼の疲れ、痛み	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	・気が沈む	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	・首肩のこり・背部痛	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	・腕、手指の痛みやしびれ	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	・関節痛・筋肉痛・腫れ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	・けんたい感、疲労感	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	・皮膚のかゆみ・湿疹	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	・腰痛	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	・耳鳴り	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		

【特定健診質問項目】

※必ず22項目全ての該当する欄に、斜線を記入してください。

1-3	現在、aからcの薬の使用の有無	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>	14	人と比較して食べる速度は速いですか。	はい <input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 遅い <input type="checkbox"/>
1	a. 血圧を下げる薬(高血圧の薬)	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>	15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>
2	b. インスリン注射又は血糖を下げる薬	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>	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。	毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input checked="" type="checkbox"/>
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>	17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	ほとんど摂取しない(摂取しない) <input type="checkbox"/>
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>	18	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞、不整脈等)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 checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	19	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度をお答えください。	毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/>
6	医師から、慢性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 checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	20	睡眠で休養が十分とれていますか。	ほとんど飲まない(飲めない) <input checked="" type="checkbox"/>
7	医師から貧血と診断されたり治療したことがありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" 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いますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" 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しますか。	0~1合未満 <input checked="" type="checkbox"/> 1~2合未満 <input type="checkbox"/>
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>			2~3合未満 <input type="checkbox"/> 3合以上 <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年以上実施していますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>			はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" 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ますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>			はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>
12	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 <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>			はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>
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。	1. 何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> 2. 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある <input checked="" type="checkbox"/> 3. ほとんどかめない <input type="checkbox"/>			1. 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 4. 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) <input checked="" type="checkbox"/> 2. 改善するつもりである(概ね6ヶ月以内) <input type="checkbox"/> 5. 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上) <input type="checkbox"/> 3. 近いうちに(概ね1ヶ月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている <input type="checkbox"/>

※内容が一部変更になる場合があります。

◆受診票裏面の「個人情報の取り扱いについて」の内容をご確認いただいた上、同意欄にチェックしてください。

既往歴

- かかったことのある病名の^{状況}記号に記号で現在の状況をご記入ください。
かかっていない病名は、空欄のまま何も記入しないでください。
- 年齢の欄には、その状況になった時の年齢をご記入ください。
年齢だけの記入をしないでください。反映されない場合があります。

状況 A: 治癒
B: 治療中 (服薬または通院観察中)
C: 経過観察 (定期的に病院にて経過を見ている)
D: 放置

例: 68歳 (男性)
1954年4月3日生まれ

55歳で高血圧になり現在治療中
52歳で不整脈になり、治療をしていたが治療をやめ58歳から放置している
48歳で胃ポリープになったが、49歳で治癒した
61歳で腰痛症になり、現在経過観察中

	状況	年 齢
高血圧	B	5 5
不整脈	D	5 8
胃ポリープ	A	4 9
腰痛症	C	6 1

- かかった病気が何も無い場合、病名の^{状況}記号は何も記入せず空欄のまま / (斜線) のみご記入ください。【例: ★特になし... /】

★特になし... / の / 欄に

自覚症状

- あてはまる自覚症状をお答えください。

(いつも) その症状があれば左側の (いつも) に / (斜線) を記入

(時々) その症状がでる場合は右側の (時々) に / (斜線) を記入

自覚症状がないものは、無記入

全ての自覚症状がなければ、右上の ★特になし... / の / 欄に / (斜線) をご記入ください。

特定健診質問項目

- 特定健診質問項目は、全部で22項目あります。
こちら全てに / (斜線) にて、ご回答をお願いします。

こちらの項目も、記入されていますか?

- 1-3 現在、aからcの薬を服用されていますか。→a.b.c.それぞれ はい / いいえ どちらかに / (斜線) をご記入ください。
- 18 お酒を飲む頻度で殆ど飲まない(飲めない)をご選択の方も19の飲酒量についてのご回答も必要となります。
殆ど飲まない(飲めない)をご選択いただいた方は、0~1合未満の欄に / (斜線) をご記入ください。

最後に22項目全てにご回答いただいているか、指差し確認をお願いします。

上記注意事項をご確認の上、ご記入漏れがないようにお願いします。
ご記入漏れがありますと結果登録ができませんのでご注意ください。
鉛筆等で、はっきりとご記入ください。
(個人情報の取り扱いについてのみボールペンで記入)
誤ってご記入いただいた箇所は修正していただいてもかまいません。