

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にお願いいたします。

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:治療、B:治療中、C:経過観察、D:放置の、該当する状況 に記号をえんぴつで記入して下さい。 ★特になし…
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。)

状況	年齢	状況	年齢	状況	年齢
高血圧	B 55	その他血液疾患	<input type="checkbox"/> 88	前立腺肥大 (前立腺炎・肥大)	<input type="checkbox"/> 88
糖尿病 (1型・II型含む)	<input type="checkbox"/> 88	肝機能障害	<input type="checkbox"/> 88	甲状腺疾患	<input type="checkbox"/> 88
脂質異常症	<input type="checkbox"/> 88	B型肝炎	<input type="checkbox"/> 88	子宮筋腫	<input type="checkbox"/> 88
脳血管障害 (脳出血・梗塞・くも膜下出血)	<input type="checkbox"/> 88	C型肝炎	<input type="checkbox"/> 88	白内障	<input type="checkbox"/> 88
心疾患 (心筋梗塞・狭心症・心不全等)	<input type="checkbox"/> 88	尿路結石	<input type="checkbox"/> 88	緑内障	<input type="checkbox"/> 88
腎臓病 (慢性腎炎・透析中)	<input type="checkbox"/> 88	胆石・胆嚢ポリープ	<input type="checkbox"/> 88	その他眼科疾患	<input type="checkbox"/> 88
貧血	<input type="checkbox"/> 88	膵炎	<input type="checkbox"/> 88	腰痛症	C 61
痛風・高尿酸血症	<input type="checkbox"/> 88	胃十二指腸潰瘍	<input type="checkbox"/> 88	皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 88
肺結核・肋膜炎	<input type="checkbox"/> 88	胃ポリープ	A 49	(病名記入)	<input type="checkbox"/> 88
気管支喘息	<input type="checkbox"/> 88	大腸ポリープ	<input type="checkbox"/> 88	(病名記入)	<input type="checkbox"/> 88
その他呼吸器疾患	<input type="checkbox"/> 88	痔	<input type="checkbox"/> 88	(病名記入)	<input type="checkbox"/> 88
不整脈	D 58	関節リウマチ	<input type="checkbox"/> 88	(病名記入)	<input type="checkbox"/> 88

自覚症状 ここ1か月で症状のあったものに関して、「いつも」または「時々」の欄に斜線をえんぴつで記入して下さい。 ★特になし…
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。

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

【特定健診質問項目】 ※必ず22項目全ての該当する欄に、斜線をえんぴつで記入してください。

1-3	現在、1から3の薬を服用されていますか。 (「薬」とは病院、医院で処方された薬です。)	はい <input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> え <input type="checkbox"/>	14	人と比較して食べる速度は速いですか。	速い <input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 遅い <input type="checkbox"/>
1	血圧を下げる薬(高血圧の薬)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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回以上ありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>
2	インスリン注射又は血糖を下げる薬	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input 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"/> ほとんど摂取しない <input type="checkbox"/>
3	コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	17	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"/>
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"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	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1ヶ月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)	毎日 <input type="checkbox"/> 週5~6日 <input type="checkbox"/> 週3~4日 <input type="checkbox"/> 週1~2日 <input type="checkbox"/> 月に1~3日 <input type="checkbox"/> 月に1日未満 <input type="checkbox"/> やめた <input checked="" type="checkbox"/> 飲まない(飲めない) <input 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 type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	19	飲酒日の1日当たりの飲酒量はどのくらいですか。 (日本酒に換算してお答え下さい。)	1合未満 <input type="checkbox"/> 1~2合未満 <input type="checkbox"/> 2~3合未満 <input type="checkbox"/> 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・180ml)、ウイスキー(同43度・60ml) 缶チューハイ(同5度・500ml、同7度・350ml)
6	医師から、慢性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"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	20	睡眠で休養が十分とれていますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <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。	<input type="checkbox"/> <input checked="" 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いませんか。	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(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"/> 4.既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) <input checked="" type="checkbox"/> 5.既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上) <input type="checkbox"/>
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と条件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 (条件1と条件2を両方満たす)	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> (左記以外)	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。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。	<input type="checkbox"/> <input checked="" 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年以上実施していますか。	<input type="checkbox"/> <input checked="" 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ますか。	<input type="checkbox"/> <input checked="" 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ですか。	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input 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 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 3.ほとんどかめない	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <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: 69歳 (男性)
1955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、1から3の薬を服用されていますか。→1.2.3.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、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、記入漏れがないようにお願いします。
記入漏れがありますと結果登録ができませんので注意してください。
鉛筆等で、はっきりと記入してください。
(個人情報の取り扱いについてのみボールペンで記入)
誤って記入した箇所は修正していただいてもかまいません。