

## 受付票（健康診断用）

健診当日までに下記の内容をご記入の上、受付へ提出してください。

当日の体調によっては、健診日を延期させていただくことがありますので、体調不良の場合は事前に山陽病院までご連絡ください。

健診日：       年       月       日

患者様氏名	フリガナ	性別	男 ・ 女
生年月日	年       月       日生   (       才)		
住所	〒       -		

**緊急時連絡先** ※必ず2つ以上をご記入ください

電話番号	自宅 (       )       -
携帯番号	本人 (       )       -
その他連絡先	(       )       -       (続柄:       )
勤務先・通学先	
電話番号	(       )       -

※今後、病院からのお知らせやご案内等があった場合、上記住所への郵送を希望されますか？

【案内送付の確認】        送付を希望        送付は不要

健康状態について	
1週間以内に 発熱、風邪に似た症状（喉の痛み、咳、息苦しさ、倦怠感）はありましたか？	はい ・ いいえ
「はい」とお答えの方にお伺いします 具体的症状 → <input type="checkbox"/> 発熱 (       ℃) <input type="checkbox"/> 喉の痛み <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 倦怠感	

**特定健康診査質問票**

氏名： \_\_\_\_\_ 様 受診日： \_\_\_\_\_

該当する項目に  または  をご記入ください

No.	質問項目	回答
1	現在、血圧を下げる薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
2	現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用していますか。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
3	現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 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りますか。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
5	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）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"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
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"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがありますか。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
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	<input type="checkbox"/> 1:はい（条件1と条件2を両方満たす） <input type="checkbox"/> 2:以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない（条件2のみ満たす） <input type="checkbox"/> 3:いいえ（1、2以外）
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
10	1回30分以上の軽い汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
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"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
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。	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 3:ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速い。	<input type="checkbox"/> 1:速い <input type="checkbox"/> 2:普通 <input type="checkbox"/> 3:遅い
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"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 1:毎日 <input type="checkbox"/> 2:時々 <input type="checkbox"/> 3:ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
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	<input type="checkbox"/> 1:毎日 <input type="checkbox"/> 2:週5～6日 <input type="checkbox"/> 3:週3～4日 <input type="checkbox"/> 4:週1～2日 <input type="checkbox"/> 5:月に1～3日 <input type="checkbox"/> 6:月に1日未満 <input type="checkbox"/> 7:やめた <input type="checkbox"/> 8:飲まない（飲めない）
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量は。 ※ 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・約180ml） ウイスキー（同43度・60ml）、缶チューハイ（同5度・約500ml、同7度・約350ml）	<input type="checkbox"/> 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"/> 4:3～5合未満 <input type="checkbox"/> 5:5合以上
20	睡眠で休養が十分とれている。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
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。	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 5:既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、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ

## 特定健康診査 問診票②

■ これまでに治療をしたことのある病名、治療中の病名に○印を記入してください。

1 脳卒中	11 人工透析	21 胃・十二指腸潰瘍
2 脳出血(脳卒中)	12 貧血	22 うつ
3 脳梗塞(脳卒中)	13 高血圧	23 骨粗鬆症
4 その他の脳血管疾患	14 低血圧	24 その他の顕著な既往歴あり
5 狭心症	15 不整脈	25 その他の疾患
6 心筋梗塞	16 高脂質血症	
7 心不全	17 高尿酸血症	
8 虚血性心疾患	18 腎不全以外の腎疾患	
9 その他の心疾患	19 糖尿病	
10 慢性的な腎不全	20 肝臓病	26 特になし

■ 現在、飲まれているお薬がある方は、お薬名をお書きください。

---



---



---



---



---

■ 現在、あてはまる症状に○印を記入してください。

1 胸部圧迫感	11 下痢
2 動悸や心臓の激しい鼓動	12 便秘
3 息切れ	13 下痢と便秘
4 不眠	14 痔の傾向
5 肩こり・腰痛	15 その他の顕著な自覚症状あり
6 手足のしびれ感	
7 めまい・立ちくらみ	
8 頭痛・耳鳴り	
9 いつも調子が悪い	
10 おなかが張っている	16 特になし

■ ■ 特定健康診査のための質問は以上です。ご協力ありがとうございました。 ■ ■