

受診までの流れ

1. 開封・確認

2. 問診票記入

3. 便の採取

4. 前日の食事時間・持ち物確認

5. 当日の内服薬・
水は2時間前まで200ml

6. 持ち物確認

健診会場へ

HASKAP PLAZA

健康診断受診票

健康診断受診票

健康診断受診票

① ご案内

2020年12月31日(木) 8:00 【3階フロア】

人数制限・入場制限を行っておりますので、上記指定時間にお越しください。

② ご予約内容

受診コース 総合健康モデルコース

③ 持ち物

④ 個人情報取り扱いについて

特定健康診査
質問票

特定健康診査 質問票

氏名 保健 花子

性別 女

生年月日 1965年7月21日

職業 ABC株式会社

〒 1960812

〒 1960812

No.	質問項目	回答
1	医師から、服薬が厳禁、禁煙等におかれているというのあり、服薬を中止したことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているというのあり、喫煙を中止したことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているというのあり、喫煙を中止したことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	医師から、糖尿病と診断されたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	20歳の時の体重が10kg以上増加していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6	1日30分以上の軽い(汗をかかず)運動を2日以上、1年以上継続していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	日常生活において歩行支障等の身体運動を1日1時間以上継続していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	非同日2回以上の比較して歩く速さが速い。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9	食事から食べる量の調節がはかばかにはまっていますか。	<input type="checkbox"/> 十分できる <input type="checkbox"/> 十分でない
10	人と比較して食べる量が速い。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
11	総摂取の総摂取の夕食をとることが週に3回以上ある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
12	総摂取の夕食以外の朝食や昼食を摂取していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はいとはいえず
13	朝食を食べることが週に3回以上ある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
14	総摂取で朝食がとられていない。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
15	朝食や夕食等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。	<input type="checkbox"/> 改善するつもり <input type="checkbox"/> 改善するつもりはない
16	生活習慣の改善について医師指導を受けたい場合は、利用しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

問診表の記入方法

「問診表」**A**～**I**の順番で
ご記入お願いします



A

前回の病歴 空欄の時

※鉛筆か黒のボールペンでお書きください

裏面

前回の病歴が空欄の場合はAの回答不要

B

へ進む

枠内の全ての項目をA~Iの順番でご回答ください ※鉛筆か黒のボールペンでマークしてください 例)

A 前回の病歴 下記が空欄の方はAの回答不要です。Bへお進みください ※すべての病気が結果票に載らない場合がございますので、ご了承ください。
 下記に前回の病歴が記載されている方へ 病歴に変化あり、変化なしのどちらか、該当するものにマークしてください
 変化あり 変化なし → Cへ ※現在にかかっている病気で完治したものは病名に二重線をひいてください 例) 糖尿病

現在にかかっている病気	過去にかかった病気

C 服薬 該当するものにマークしてください

現在、血圧を下げる薬を使用している はい いいえ

現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用している はい いいえ

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る はい いいえ

B 病歴 過去または進行中の病歴がある場合はマークして、発症年齢もご記入ください

枠内の全ての項目をA~Iの順番でご回答ください ※鉛筆か黒のボールペンでマークしてください 例)

A 前回の病歴 下記に前回の病歴が記載されている方へ 病歴に変化あり、変化なしのどちらか、該当するものにマークしてください ※すべての病気が結果票に載らない場合がございますので、ご了承ください。
 変化あり 変化なし → Cへ ※現在にかかっている病気で完治したものは病名に二重線をひいてください 例) 糖尿病

C 服薬 該当するものにマークしてください

現在、血圧を下げる薬を使用している はい いいえ

現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用している はい いいえ

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る はい いいえ

B 病歴 過去または進行中の病歴がある場合はマークして、発症年齢もご記入ください

D 既往症 既往症に該当するものにマークしてください

E 手術 手術に該当するものにマークしてください

F がん がんの種類に該当するものにマークしてください

G 脳卒中 脳卒中の種類に該当するものにマークしてください

H 心臓病 心臓病の種類に該当するものにマークしてください

I その他 その他に該当するものにマークしてください



B

「病歴」

「前回の病歴」に記載がない場合
記入の方法①



HASKAP PLAZA

B

病歴 前回の病歴に記載がない

現在かかっている病気	過去にかかった病気

→すべての病歴を記入

これまでにかかった
病気と現在治療中の
病気すべてにマーク
発症年齢を記入し
てください

「高血圧症」
治療中50歳

「喘息」
22歳

高血圧症	001	<input checked="" type="checkbox"/>	50	C型肝炎	203	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
不整脈・心房細動	002	<input checked="" type="checkbox"/>		肝機能障害	205	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
狭心症	003	<input checked="" type="checkbox"/>		肝硬変	206	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		脂肪肝	207	<input checked="" type="checkbox"/>	56
		<input type="checkbox"/>		胆のうポリープ	251	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		胆石症	252	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		膵炎	254	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		その他の肝・胆・膵疾患	256	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肺気腫・COPD	053	<input checked="" type="checkbox"/>		腎不全	302	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肺炎	054	<input checked="" type="checkbox"/>		人工透析		<input type="checkbox"/>	
喘息	055	<input checked="" type="checkbox"/>	22	腎炎		<input type="checkbox"/>	
自然気胸	056	<input checked="" type="checkbox"/>		腎盂腎炎		<input type="checkbox"/>	
間質性肺炎	059	<input checked="" type="checkbox"/>		腎・尿路結核		<input type="checkbox"/>	
その他の肺疾患	057	<input checked="" type="checkbox"/>		その他の腎泌尿器疾患	356	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B

「病歴」

前回から病歴に**変化がない**場合
記入の方法②



A

前回から病歴に**変化がない**場合

現在かかっている病気	過去にかかった病気
高血圧症 52歳 喘息 10歳	胃ポリープ 41歳

「変化なし」にマーク

前回の病歴 変化あり 変化なし

C

へ進む

B の記載は不要



HASKAP PLAZA

B

「病歴」

追加される病歴がある場合
記入の方法③



追加される病歴がある場合

A

前回の病歴 変化あり

現在かかっている病気	過去にかかった病気
高血圧症 52歳 喘息 10歳	胃ポリープ 41歳

B

病歴 → 新たに追加される病歴のみ記入

心臓・循環器	高血圧症	001	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	不整脈・心房細動	002	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	狭心症	003	<input checked="" type="checkbox"/>	56
	心筋梗塞	004	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	弁膜症	006	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

追加で「狭心症」が治療となった場合

「狭心症」にマーク
発症年齢を記入

健康診断受診票(裏面)



服薬

C 服薬 該当するものにマークしてください

現在、血圧を下げる薬を使用している はい いいえ

現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用している はい いいえ

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る はい いいえ

必ず、全員
お答えください

薬を自己中断している場合は
問診看護師にお伝えください

健康診断受診票(裏面)

裏面

F

飲酒

飲む頻度と飲む量に

F 飲酒 お酒を飲む頻度にマークしてください

<input checked="" type="checkbox"/> 毎日飲む	<input checked="" type="checkbox"/> 1合未満
<input checked="" type="checkbox"/> 時々飲む	<input checked="" type="checkbox"/> 1~2合未満
<input checked="" type="checkbox"/> ほとんど飲まない(飲めない)	<input checked="" type="checkbox"/> 2~3合未満
	<input checked="" type="checkbox"/> 3合以上

飲酒日の1日当たりの飲酒量
 日本酒1合(180ml)の目安:ビール中500ml、焼酎(25度)110ml、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)

枠内の全ての項目をA~Iの順番でご回答ください ※鉛筆か黒のボールペンでマークしてください 例)

A 前回の病歴 下記の病歴が記載されている方は、 の回答不要です。 へお進みください ※すべての病歴が健康歴に書かれていない場合はご記入ください。ご記入ください。下記に、前回の病歴が記載されている方へ、新たな病歴がある場合は「変化あり」にマークし、その他の方は「変化なし」にマークしてください。

C 服薬 該当するものにマークしてください
 現在、血圧を下げる薬を使用している はい いいえ
 現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用している はい いいえ
 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る はい いいえ

B 病歴 前回の病歴に記載がある方 → 追加される病歴のみ記入 前回の病歴に記載がない方 → すべての病歴を記入

<input checked="" type="checkbox"/> 特になし	<input checked="" type="checkbox"/> B型肝炎	<input checked="" type="checkbox"/> 202	<input checked="" type="checkbox"/> 膵がん	<input checked="" type="checkbox"/> 051	<input checked="" type="checkbox"/> 大腸憩室炎	<input checked="" type="checkbox"/> 152
<input checked="" type="checkbox"/> 高血圧症	<input checked="" type="checkbox"/> 001	<input checked="" type="checkbox"/> C型肝炎	<input checked="" type="checkbox"/> 203	<input checked="" type="checkbox"/> 食道がん	<input checked="" type="checkbox"/> 101	<input checked="" type="checkbox"/> 大腸ポリープ
<input checked="" type="checkbox"/> 不整脈・心房細動	<input checked="" type="checkbox"/> 002	<input checked="" type="checkbox"/> 肝機能障害	<input checked="" type="checkbox"/> 205	<input checked="" type="checkbox"/> 膵がん	<input checked="" type="checkbox"/> 103	<input checked="" type="checkbox"/> 潰瘍性大腸炎
<input checked="" type="checkbox"/> 狭心症	<input checked="" type="checkbox"/> 003	<input checked="" type="checkbox"/> 肝硬変	<input checked="" type="checkbox"/> 206	<input checked="" type="checkbox"/> 大腸がん	<input checked="" type="checkbox"/> 151	<input checked="" type="checkbox"/> 膵閉塞
<input checked="" type="checkbox"/> 心筋梗塞	<input checked="" type="checkbox"/> 004	<input checked="" type="checkbox"/> 胆膵肝	<input checked="" type="checkbox"/> 207	<input checked="" type="checkbox"/> 肝臓がん	<input checked="" type="checkbox"/> 201	<input checked="" type="checkbox"/> 痔
<input checked="" type="checkbox"/> 弁膜症	<input checked="" type="checkbox"/> 006	<input checked="" type="checkbox"/> 胆のうポリープ	<input checked="" type="checkbox"/> 251	<input checked="" type="checkbox"/> 膵臓がん	<input checked="" type="checkbox"/> 301	<input checked="" type="checkbox"/> その他の腸疾患
<input checked="" type="checkbox"/> 血管疾患	<input checked="" type="checkbox"/> 008	<input checked="" type="checkbox"/> 胆石症	<input checked="" type="checkbox"/> 252	<input checked="" type="checkbox"/> 膵立腺がん	<input checked="" type="checkbox"/> 352	<input checked="" type="checkbox"/> 網膜剥離
<input checked="" type="checkbox"/> その他の心疾患	<input checked="" type="checkbox"/> 009	<input checked="" type="checkbox"/> 膵炎	<input checked="" type="checkbox"/> 254	<input checked="" type="checkbox"/> 膵臓がん	<input checked="" type="checkbox"/> 355	<input checked="" type="checkbox"/> 眼底出血
<input checked="" type="checkbox"/> 肺結核	<input checked="" type="checkbox"/> 002	<input checked="" type="checkbox"/> その他の肝・膵疾患	<input checked="" type="checkbox"/> 256	<input checked="" type="checkbox"/> 膵腫瘍	<input checked="" type="checkbox"/> 401	<input checked="" type="checkbox"/> 白内障
<input checked="" type="checkbox"/> 肺炎	<input checked="" type="checkbox"/> 053	<input checked="" type="checkbox"/> 腎不全	<input checked="" type="checkbox"/> 302	<input checked="" type="checkbox"/> 膵がん	<input checked="" type="checkbox"/> 701	<input checked="" type="checkbox"/> 緑内障
<input checked="" type="checkbox"/> 喘息	<input checked="" type="checkbox"/> 055	<input checked="" type="checkbox"/> 人工透析	<input checked="" type="checkbox"/> 303	<input checked="" type="checkbox"/> 子宮がん	<input checked="" type="checkbox"/> 707	<input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病性網膜症
<input checked="" type="checkbox"/> 自然気胸	<input checked="" type="checkbox"/> 056	<input checked="" type="checkbox"/> 腎炎・ネフローゼ	<input checked="" type="checkbox"/> 304	<input checked="" type="checkbox"/> 卵巣がん	<input checked="" type="checkbox"/> 706	<input checked="" type="checkbox"/> その他の眼疾患
<input checked="" type="checkbox"/> 慢性肺炎	<input checked="" type="checkbox"/> 059	<input checked="" type="checkbox"/> 腎盂腎炎	<input checked="" type="checkbox"/> 305	<input checked="" type="checkbox"/> その他腫瘍	<input checked="" type="checkbox"/> 708	<input checked="" type="checkbox"/> 先天性聴力障害
<input checked="" type="checkbox"/> その他の肺炎	<input checked="" type="checkbox"/> 057	<input checked="" type="checkbox"/> 腎・尿管結石	<input checked="" type="checkbox"/> 351	<input checked="" type="checkbox"/> 脳梗塞	<input checked="" type="checkbox"/> 402	<input checked="" type="checkbox"/> 後天性聴力障害
<input checked="" type="checkbox"/> 逆流性食道炎	<input checked="" type="checkbox"/> 101	<input checked="" type="checkbox"/> その他の腎臓疾患	<input checked="" type="checkbox"/> 356	<input checked="" type="checkbox"/> 脳出血	<input checked="" type="checkbox"/> 403	<input checked="" type="checkbox"/> その他の耳疾患
<input checked="" type="checkbox"/> 胃潰瘍	<input checked="" type="checkbox"/> 102	<input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病	<input checked="" type="checkbox"/> 501	<input checked="" type="checkbox"/> 脳くも膜下出血	<input checked="" type="checkbox"/> 404	<input checked="" type="checkbox"/> 膝痛症
<input checked="" type="checkbox"/> 胃ポリープ	<input checked="" type="checkbox"/> 105	<input checked="" type="checkbox"/> 脳神経異常症	<input checked="" type="checkbox"/> 502	<input checked="" type="checkbox"/> てんかん	<input checked="" type="checkbox"/> 406	<input checked="" type="checkbox"/> 椎間板ヘルニア
<input checked="" type="checkbox"/> 胃炎	<input checked="" type="checkbox"/> 106	<input checked="" type="checkbox"/> 脳血管障害	<input checked="" type="checkbox"/> 503	<input checked="" type="checkbox"/> その他の脳疾患	<input checked="" type="checkbox"/> 410	<input checked="" type="checkbox"/> 筋骨・肋骨骨折
<input checked="" type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍	<input checked="" type="checkbox"/> 107	<input checked="" type="checkbox"/> 脳脊髄液減少症	<input checked="" type="checkbox"/> 504	<input checked="" type="checkbox"/> 貧血	<input checked="" type="checkbox"/> 601	<input checked="" type="checkbox"/> うつ病・うつ状態
<input checked="" type="checkbox"/> ビロリア除菌	<input checked="" type="checkbox"/> 108	<input checked="" type="checkbox"/> 閉経リウマチ	<input checked="" type="checkbox"/> 506	<input checked="" type="checkbox"/> 白血病	<input checked="" type="checkbox"/> 602	<input checked="" type="checkbox"/> 自律神経失調症
<input checked="" type="checkbox"/> その他の胃疾患	<input checked="" type="checkbox"/> 109	<input checked="" type="checkbox"/> 骨粗しょう症	<input checked="" type="checkbox"/> 510	<input checked="" type="checkbox"/> 紫斑病	<input checked="" type="checkbox"/> 603	<input checked="" type="checkbox"/> その他

D 自覚症状 特になしに記入する病歴をすべてマークしてください

<input checked="" type="checkbox"/> 特になし	<input checked="" type="checkbox"/> のどが痛く
<input checked="" type="checkbox"/> だるい・疲れやすい	<input checked="" type="checkbox"/> 手足がしびれる
<input checked="" type="checkbox"/> 腹れない	<input checked="" type="checkbox"/> 吐き気がする
<input checked="" type="checkbox"/> 息切れがする	<input checked="" type="checkbox"/> 胃のもたれ・胸やけ・胸がむくむ
<input checked="" type="checkbox"/> 息切れがする	<input checked="" type="checkbox"/> 関節痛
<input checked="" type="checkbox"/> 動悸・脈が乱れる	<input checked="" type="checkbox"/> 07
<input checked="" type="checkbox"/> 胸が痛む	<input checked="" type="checkbox"/> 06
<input checked="" type="checkbox"/> 手足や顔がむくむ	<input checked="" type="checkbox"/> 08
<input checked="" type="checkbox"/> 尿が出にくい	<input checked="" type="checkbox"/> 09
<input checked="" type="checkbox"/> 咳や痰が出る	<input checked="" type="checkbox"/> 10

F 飲酒 お酒を飲む頻度にマークしてください

<input checked="" type="checkbox"/> 毎日飲む	<input checked="" type="checkbox"/> 1合未満
<input checked="" type="checkbox"/> 時々飲む	<input checked="" type="checkbox"/> 1~2合未満
<input checked="" type="checkbox"/> ほとんど飲まない(飲めない)	<input checked="" type="checkbox"/> 2~3合未満
<input checked="" type="checkbox"/> ほとんど飲まない(飲めない)	<input checked="" type="checkbox"/> 3合以上

飲酒日の1日当たりの飲酒量
 日本酒1合(180ml)の目安:ビール中500ml、焼酎(25度)110ml、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)

G 喫煙 たばこを喫煙する頻度にマークしてください
 現在、たばこを習慣的に吸っていますか? はい いいえ

I 女性の方のみ 該当するものにマークしてください
 生理中である(経閉時含む) はい いいえ
 妊娠中である(可能性含む) はい いいえ
 授乳中である はい いいえ
 該当なし はい いいえ

健康診断受診票(裏面)

裏面



喫煙

G 喫煙 たばこを吸う頻度にマークしてください

現在、たばこを習慣的に吸っていますか はい いいえ

※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、これまで「合計100本以上、または6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者

一日の本数	<input type="text"/>	本
喫煙年数(通算)	<input type="text"/>	年

喫煙年数はこれまで喫煙してきた年数を通算

健康診断受診票(裏面)のスクリーンショット。項目はAからHまであり、各項目にチェックボックスや入力欄がある。A: 前回の病歴、B: 現在の病歴、C: 服薬、D: 病歴、E: 特になし、F: 自覚症状、G: 採血がある方、H: その他。

現在、たばこを習慣的に吸っていますか はい いいえ

一日の本数 本

喫煙年数(通算) 年

健康診断受診票(裏面)

裏面

H その他

H その他

該当があるものにマークしてください

- ペースメーカー
- 右目が全く見えない
- 左目が全く見えない
- 補聴器使用
- 右耳が全く聞こえない
- 左耳が全く聞こえない

該当するところに
☑を入れてください

枠内の全ての項目をA~Iの順番でご回答ください ※鉛筆か黒のボールペンでマークしてください(例) ☑

A 前回の病歴 下記の病歴が記載されている方はAの回答不要です。Aへお進みください ※すべての病歴が結果票に載らない場合がありますので、ご了承ください。下記に前回の病歴が記載されている方へ 新たな病歴がある場合は「変化あり」にマークし、その他の方は「変化なし」にマークしてください。

変化あり ☑ 変化なし ☑ A

現在にかかっている病歴 過去にかかった病歴

現在、血圧を下げる薬を使用している ☑ はい ☑ いいえ
現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用している ☑ はい ☑ いいえ
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る ☑ はい ☑ いいえ

C 服薬 該当するものにマークしてください

B 病歴 前回の病歴に記載がある方 → 追加される病歴のみ記入 前回の病歴に記載がない方 → すべての病歴を記入

<input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> B型肝炎 202	<input type="checkbox"/> 肺がん 051	<input type="checkbox"/> 大腸憩室炎 152
<input type="checkbox"/> 高血圧症 001	<input type="checkbox"/> C型肝炎 203	<input type="checkbox"/> 食道がん 101	<input type="checkbox"/> 大腸ポリープ 153
<input type="checkbox"/> 不整脈・心房細動 002	<input type="checkbox"/> 肝機能障害 205	<input type="checkbox"/> 胃がん 103	<input type="checkbox"/> 潰瘍性大腸炎 154
<input type="checkbox"/> 狭心症 003	<input type="checkbox"/> 肝硬変 204	<input type="checkbox"/> 大腸がん 151	<input type="checkbox"/> 腸閉塞 155
<input type="checkbox"/> 心筋梗塞 004	<input type="checkbox"/> 胆膵炎 207	<input type="checkbox"/> 肝臓がん 201	<input type="checkbox"/> 痔 157
<input type="checkbox"/> 心房性心房細動 006	<input type="checkbox"/> 胆のうポリープ 251	<input type="checkbox"/> 腎臓がん 301	<input type="checkbox"/> その他の腸疾患 158
<input type="checkbox"/> 心房性心房細動 008	<input type="checkbox"/> 胆石症 252	<input type="checkbox"/> 前立腺がん 352	<input type="checkbox"/> 網膜剥離 901
<input type="checkbox"/> その他の疾患 009	<input type="checkbox"/> 膵炎 254	<input type="checkbox"/> 膀胱がん 358	<input type="checkbox"/> 網膜出血 902
<input type="checkbox"/> 肺結核 027	<input type="checkbox"/> その他の肝・胆・膵疾患 256	<input type="checkbox"/> 脳腫瘍 401	<input type="checkbox"/> 白内障 903
<input type="checkbox"/> 肺炎 054	<input type="checkbox"/> 腎不全 302	<input type="checkbox"/> 乳がん 701	<input type="checkbox"/> 緑内障 904
<input type="checkbox"/> 喘息 055	<input type="checkbox"/> 人工透析 303	<input type="checkbox"/> 子宮がん 707	<input type="checkbox"/> 糖尿病性網膜症 905
<input type="checkbox"/> 自然気胸 056	<input type="checkbox"/> 腎炎・スフロゼ 304	<input type="checkbox"/> 卵巣がん 708	<input type="checkbox"/> その他の腸疾患 906
<input type="checkbox"/> 間質性肺炎 059	<input type="checkbox"/> 腎臓病 305	<input type="checkbox"/> その他腫瘍 709	<input type="checkbox"/> 先天性聴力障害 800
<input type="checkbox"/> その他の肺疾患 057	<input type="checkbox"/> 腎臓結石 351	<input type="checkbox"/> 腎臓病 402	<input type="checkbox"/> 後天性聴力障害 805
<input type="checkbox"/> 逆流性食道炎 102	<input type="checkbox"/> 糖尿病 501	<input type="checkbox"/> 脳出血 403	<input type="checkbox"/> その他の耳疾患 810
<input type="checkbox"/> 胃潰瘍 104	<input type="checkbox"/> 脂質異常症 502	<input type="checkbox"/> 脳くも膜下出血 404	<input type="checkbox"/> 腰痛症 951
<input type="checkbox"/> 胃ポリープ 105	<input type="checkbox"/> 糖尿病・高尿酸血症 503	<input type="checkbox"/> てんかん 406	<input type="checkbox"/> 椎間板ヘルニア 956
<input type="checkbox"/> 胃炎 106	<input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 504	<input type="checkbox"/> その他の脳疾患 410	<input type="checkbox"/> 鎖骨・肋骨骨折 957
<input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍 107	<input type="checkbox"/> 膠原病 505	<input type="checkbox"/> 貧血 601	<input type="checkbox"/> うつ病・うつ状態 958
<input type="checkbox"/> ビロリ黄除菌 108	<input type="checkbox"/> 関節リウマチ 506	<input type="checkbox"/> 白血病 602	<input type="checkbox"/> 自律神経失調症 959
<input type="checkbox"/> その他の胃疾患 109	<input type="checkbox"/> 関節痛 507	<input type="checkbox"/> 紫斑病 603	<input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 510	<input type="checkbox"/> その他の血液疾患 610	<input type="checkbox"/> 該当があるものにマークしてください

D 自覚症状 特にお気になられる症状を8つまでマークしてください

特になし ☑ のどが渇く 11
だいたい疲れやすい ☑ 01 手足がしびれる 12
眠れない ☑ 03 社がきかす 13
息切れがする ☑ 07 胸のたれや胸やけ・背中の痛み 32
動悸・脈が乱れる ☑ 31 関節痛 28
胸が痛む ☑ 04 食欲がない・体重の低下 33
手足や顔がむくむ ☑ 08 下痢しやすい 19
尿が出にくい ☑ 09 便秘しやすい 20
咳や痰が出る ☑ 10 頭痛・めまいがする 34

E 採血がある方 該当があるものにマークしてください ※1回、採血時に希望している採血とは、これまでで10年以上以上または6ヶ月以上経過している方であり、最近1ヶ月経過していない方

アルコール禁でかぶれたことがある ☑
ベッド上での採血を希望する ☑
血が止まりにくい又は血液をさらさらにする薬を飲んでいる ☑

F 喫煙 該当するものにマークしてください

毎日飲む ☑ ☑ 1本未満
時々飲む ☑ ☑ 1-2本未満
ほとんど飲まない(飲めない) ☑ ☑ 2-3本未満
3回以上 ☑ ☑ 3本以上

G 飲酒 該当するものにマークしてください

飲酒の1日当たりの飲酒量
日本酒1合(180ml)の目安・ビール中500ml、焼酎(25度)110ml、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)

毎日飲む ☑ ☑ 1本未満
時々飲む ☑ ☑ 1-2本未満
ほとんど飲まない(飲めない) ☑ ☑ 2-3本未満
3回以上 ☑ ☑ 3本以上

H その他 該当があるものにマークしてください

ペースメーカー ☑
右目が全く見えない ☑
左目が全く見えない ☑
補聴器使用 ☑
右耳が全く聞こえない ☑
左耳が全く聞こえない ☑

I 女性の方のみ 該当があるものにマークしてください

生理中である(経閉時含む) ☑
妊娠中である(可能性含む) ☑
授乳中である ☑
該当なし ☑

健康診断受診票(裏面)

裏面



女性の方のみ
お答えください

I 女性の方のみ

該当があるものにマークしてください

- 生理中である(採尿時含む)
- 妊娠中である(可能性含む)
- 授乳中である
- 該当なし

該当するところに
☑を入れてください

※ 枠内の全ての項目をA~Iの順番でご回答ください ※鉛筆が墨のボールペンでマークしてください ※

A 前回の病歴 下記の病歴の方は☑の回答不要です。☑へお進みください ※すべての病気が結果票に載らない場合がありますので、ご了承ください
下記に前回の病歴が記載されている方へ 新たな病歴がある場合のみ「変化あり」にマークし、その他の方は「変化なし」にマークしてください。

C 服薬 該当するものにマークしてください
現在、血圧を下げる薬を使用している ☑はい ☑いいえ
現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用している ☑はい ☑いいえ
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る ☑はい ☑いいえ

B 病歴 前回の病歴に記載がある方 → 追加される病歴のみ記入 前回の病歴に記載がない方 → すべての病歴を記入

I 女性の方のみ

特になし 生理中である(採尿時含む)
 妊娠中である(可能性含む)
 授乳中である
 該当なし

自覚症状 ※病歴欄に記載がない病歴をすべてマークしてください

特になし のどが痛く
 だるい/疲れやすい 手足がしびれる
 寝れない 吐き気がする
 息切れがする 喉のむせやくやけ/喉が乾く
 胸が痛む 関節痛
 手足や顔がむくむ 食欲がない/体重の低下
 尿が出る 下痢しやすい
 尿が出にくい 便秘しやすい
 尿や痰が出る 頭痛・めまいがする

採血がある方 該当があるものにマークしてください
 アルコール線がかがれたことがある
 ベッド上での採血を希望する
 血が止まりにくい又は血腫をさらさらにする薬を飲んでいる

飲酒 お酒を飲む回をすべてマークしてください
 毎日飲む 1合未満
 時々飲む 2合未満
 ほとんど飲まない(飲めない) 2-3回/年
 3回以上

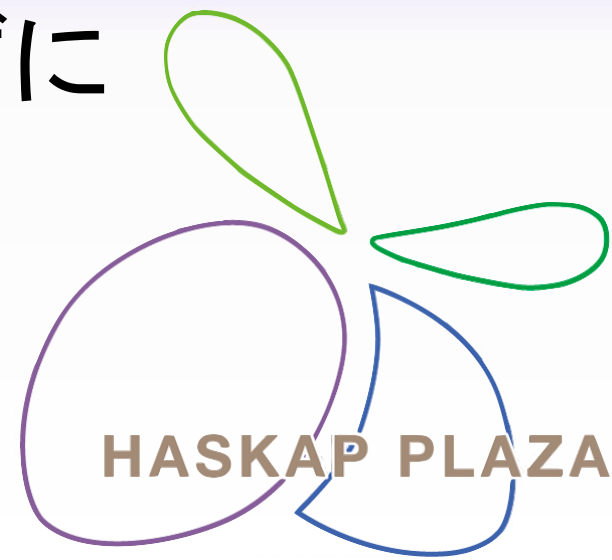
喫煙 たばこを習慣的に吸っていますか
 はい いいえ

その他 該当があるものにマークしてください
 ペースメーカー
 右目が全く見え
 左目が全く見え
 聴器使用
 右耳が全く聞こえない
 左耳が全く聞こえない

女性の方のみ 該当があるものにマークしてください
 生理中である(採尿時含む)
 妊娠中である(可能性含む)
 授乳中である
 該当なし

「その他の問診票」

同封されている帳票の記入も忘れずに



特定健康診査 質問票

特定健康診査 質問票			
氏名	新井 花子	受診日	2023年12月31日
性別・年齢	女 57歳	受付番号	
事業所	ABC株式会社	生年月日	1965年12月17日
部署		社員番号	

※下記の太枠内の該当する項目に✔または○をご記入ください。

No.	質問項目	回答
1	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
2	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
3	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
4	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
5	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
6	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
7	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
8	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
9	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
10	人と比較して食べる速度が遅い。	<input type="checkbox"/> 1:遅い <input type="checkbox"/> 2:普通 <input type="checkbox"/> 3:速い
11	就業時の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
12	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
13	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
14	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
15	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)
16	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。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ

受診日: 年 月 日 受診票番号: 受診者ID: 31

特殊健診 がん検診などの 受診票

特定化学物質等健康診断 受診票			
氏名	新井 花子	受診日	2023年12月31日
性別・年齢	女 57歳	受付番号	
事業所	ABC株式会社	生年月日	1965年12月17日
部署		社員番号	

※直近6ヶ月間の、あなたの職場や作業場での化学物質ばく露に関する質問にお答えください。
記入又は該当するものを○で囲ってください。(ばく露とは、化学物質を吸入したり、化学物質に触れたりすること)

【区分】	1. 雇入れ	2. 配置換え	3. 定期健診
【特定化学物質の使用状況】			
平均的な使用頻度	<input type="checkbox"/> 分/日	<input type="checkbox"/> 日/週	
作業工程の変更	なし・あり・わからない		
取扱い・使用頻度	変わらない・減った・増えた・わからない		
大量ばく露	なし・あり		
【換気設備を作業時に使用していますか】	常時使用(屋外含む)・時々使用・なし		
【保護具を使用していますか】	なし・あり(マスク・ゴム手袋・軍手・保護眼鏡)		
【手などの体の一部が、化学物質に直接触れる作業がありましたか】	なし・あり(常時・時々・わからない)		
【過去の特定化学物質による疾患】	なし・あり()		
【特定化学物質による自覚症状】	0. なし		
1. 皮膚の荒れ・ひび割れ	2. 皮膚の発赤・痛み	3. 喉の異物感・痛み・流涎	4. 吐がでる
5. 痰が出る	6. 胸が痛む	7. 息苦しさ・息切れ	8. 頭痛・頭重・めまい
9. 疲れ易い	10. 食欲がない	11. 手指が震える	12. 手指がこわばる・字を書き辛い
13. 歩くのが遅くなった	14. 手足のしびれ・冷感	15. 手足の筋力低下	16. ※【特別有機】は有機溶剤受診票参照
17. その他 ()			

※以下の欄には記入しないで下さい。

【特定化学物質を要する物質名または溶剤名】	(特定化学物質健診を要する特別有機溶剤名には【特別有機】と記載)
1. エチルベンゼン【特別有機】	2. ベンゼン
3. 硝酸	4. スチレン【特別有機】
5. 溶接ヒューム	

▼医師記入欄▼

【他覚症状】	なし・あり(要経過観察・要精密検査)
1. 皮膚異常(湿疹・蕁麻疹・角化・ピタン・亀裂・紅斑・丘疹・水疱・膿疱・焦痂)	2. 結膜・角膜異常(充血・浮腫・出血・ヒラン・潰瘍・混濁)
3. 貧血	4. 歯牙の変化(酸蝕・変色・脆弱化)
5. 呼吸器の異常 ()	6. 気管の障害
7. 手指振戦	8. 神経障害(知覚障害・運動障害・筋萎縮・構音障害)
9. 神経障害(筋強直・姿勢反射障害・運動緩慢)	10. ※【特別有機】は有機溶剤受診票参照

【診察医師】 コメント