

健康診断問診票

保険証に記載されている保険者番号、記号・番号・枝番を必ずご記入ください

保険者番号		記号		番号		区分	1.被保険者 2.被扶養者 3.その他()
ふりがな			性別	生年月日			
氏名			男・女	西暦	年	月	日生
住所	〒						
	自宅TEL			携帯TEL			
勤務先名	勤務先TEL						

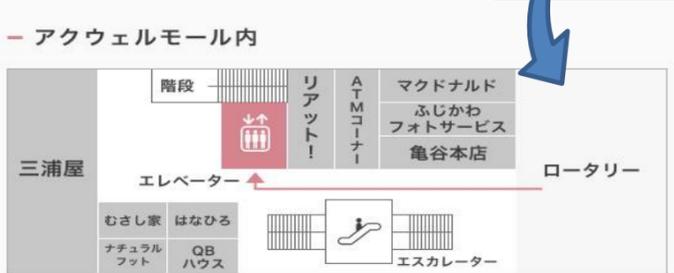
最終食事時間 月 日 AM 時 分終了
PM

健診時に取得した個人情報は、当会からの健康診断に関するご案内や受診勧奨に使用させていただくことがございます。また受診時の契約内容によっては、健康保険組合・事業所へ健康診断結果報告を行うことがございますのでご了承ください。当会の「個人情報の取り扱いについて」はクリニックホームページに掲載していますのでご確認ください。

※内面もございます※

JR中央線「武蔵小金井」駅 南口を出て右手に徒歩1分
プラウドタワー武蔵小金井 アクウェルモール内 3階

朝8時以前にはビルに入れませんのでご注意ください



※ 受診日に妊娠中・妊娠している可能性のある方は、受付時に必ずお申し出ください。

女性の方は、該当項目を○で囲んでください（必須）

※ 受診日に妊娠中・妊娠している可能性のある方は、できない検査がございます。事前に必ずお申し出ください。

◆ 現在月経中	いいえ	・	はい	・	閉経 () 歳
◆ 最終月経	月	日	から	月	日まで (日間)
◆ 妊娠の可能性	なし	・	あり	・	わからない
◆ 現在妊娠中	いいえ	・	はい (カ月)		
◆ 現在授乳中	いいえ	・	はい (年 カ月)		

子宮がん検診・乳がん検診受診者用 問診票

検査精度を保つためにご記入ください

妊娠歴：なし・あり () 回	出産歴：なし・あり () 回	帝王切開 () 回
ピル・ホルモン剤治療を現在行っていますか なし・あり (薬剤名)		
◆あてはまるものに○を付けてください。		
症 状：不正出血・褐色帯下・中間期出血・排卵痛・下腹部痛・生理の量が多い・少ない 月経痛・月経不順		
既往歴：子宮筋腫 (大きさ)・卵巣のう腫 (右・左)・子宮頸管ポリープ・子宮外妊娠 子宮頸部異形成・子宮頸がん・子宮体がん・卵巣がん (右・左)・子宮内膜症・子宮腺筋症 乳腺症・乳腺炎・乳腺線維腺腫・乳がん (右・左)		
不妊治療中・双角子宮・IUD (子宮内避妊用具) 留置中		
婦人科・乳腺科の手術歴：なし ・ あり あてはまるものに○をつけてください。 【手術内容：子宮摘出・円錐切除・子宮筋腫核出術・卵巣摘出 (右・左/全摘・一部摘出)】 (その他：)		
その他の既往歴・現病歴・症状がある場合、下記にご記入下さい。		

◆子宮がん検診を受ける方は、下記の問診もご記入ください。

① 子宮がん検診を受けたことはありますか？	はい	・	いいえ
② 性交経験	なし	・	あり
③ ゴム (ラテックス) アレルギー	なし	・	あり

◆乳がん検診を受ける方は、下記の問診もご記入ください。

① 乳がん検診を受けたことはありますか？	はい	・	いいえ
② 乳房のしこり	なし	・	あり (右・左)
③ 乳頭の分泌物	なし	・	あり (右・左)
④ 乳房の痛み	なし	・	あり (右・左)
⑤ 豊胸手術	なし	・	あり→ (方法)
⑥ 血縁者に乳がんの方がいますか？	いいえ	・	はい (続柄)

◆病歴の有無 なし あり 服薬がある方は当日お薬手帳を受付にご提出ください

ありの方は、下表の該当欄に○をつけ、今までの病歴・治療歴・服薬状況をご記入ください。

疾患名が分からない場合も、使用されているおくすりの名前は必ず全てご記入ください。

疾患名	完治	服薬治療中	経過観察中	おくすりの名前・治療内容・手術歴など	疾患名	完治	服薬治療中	経過観察中	おくすりの名前・治療内容・手術歴など
高血圧					心疾患				
糖尿病					脳血管疾患				
高脂血症					腎臓病				
高尿酸血症					B型肝炎				
貧血症					C型肝炎				
甲状腺疾患					喘息				
緑内障					その他の病歴・服薬歴・入院歴・手術歴などがあればご記入ください(過去を含む)				
前立腺肥大									
精神疾患 (病名)									

◆以前に健康診断で指摘された項目

◆血縁の方がかかった病気

父：病名 {
母：病名 {
その他： {

◆アレルギーの有無

なし

アルコール綿 ・ 金属

その他について以下にご記入ください
薬品名：

食品名：

◆業務歴について

例： 営業 1980年(25才)～1995年(40才)

なしの場合には「なし」とご記入ください。

業務内容(職種)	従事期間
	年(才)～年(才)
	年(才)～年(才)
	年(才)～年(才)

◆自覚症状および健康状態について

なし

食欲がなくなった	胃が痛くなる	胃もたれ、胸やけがする	便が細くなった
便秘することが多い	下痢することが多い	便に血が混じることがある	黒い便が出ることがある
咳、痰が多くなった	痰に血が混じる	胸痛や圧迫感がある	めまいや目の前が暗くなる
安静時に動悸を感じる	運動時に動悸を感じる	夜中に3回以上トイレに行く	尿が出にくく、途中で止まる
残尿感がある	顔や足がむくむ	減量していないのに体重が減った	
なかなか寝付けない	関節痛がある	その他：	

※医師使用欄

特定健診 質問事項

1	血圧を下げる薬を使用していますか。	1.はい 2.いいえ
2	インスリン注射または血糖を下げる薬を使用していますか。	1.はい 2.いいえ
3	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。	1.はい 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。	1.はい 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。	1.はい 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。	1.はい 2.いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがありますか。	1.はい 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)	1.はい(条件1と条件2を両方満たす) 2.以前は吸っていたが、最近1か月間吸っていない(条件2のみ満たす) 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。	1.はい 2.いいえ
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。	1.はい 2.いいえ
11	日常生活において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ますか。	1.はい 2.いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して、歩く速度が速いですか。	1.はい 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。	1.何でも噛んで食べることができる 2.歯や歯ぐき、かみあわせなどに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
14	人と比較して、食べる速度が速いですか。	1.速い 2.ふつう 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回以上ありますか。	1.はい 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。	1.毎日 2.時々 3.ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	1.はい 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)	1.毎日 2.週5～6日 3.週3～4日 4.週1～2日 5.月に1～3日 6.月に1日未満 7.やめた 8.飲まない(飲めない)
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 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)、リゾ(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)	1.1合未満 2.1～2合未満 3.2～3合未満 4.3～5合未満 5.5合以上
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	1.はい 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。	1.改善するつもりはない 2.改善するつもりである(おおむね6ヶ月以内) 3.近いうちに(おおむね1ヶ月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている 4.既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) 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。	1.はい 2.いいえ