

健康診断問診票（婦人科検診含む）

この度は、当院にて健康診断をご利用いただき誠にありがとうございます。
健診を行うにあたり、下記のご質問内容のご記入をお願い致します。

健診日： 年 月 日
ID： _____

ふりがな		男 ・ 女	生年月日	大・昭・平 年 月 日（ 歳）			
お名前							
ご住所	〒						
ご連絡先	(自宅)			(携帯)			
勤務先				勤務先 電話番			
勤務先 住所	〒						

- 1、今までに健康診断を受けたことがありますか。
☐初めて ☐毎年(当院・他院) ☐その他(年ぶり)(当院・他院)
- 2、今までにかかった疾患、又は現在治療中の疾患はありますか。下記の欄に発症年齢、疾患名、薬剤名、経過、手術歴をご記入下さい。
☐手術を受けたことがある ☐手術歴なし
☐特になし

発症 年齢	疾患名	治療中	内服中の薬剤名	治癒	観察中

- 3、現在、気になる症状はありますか。ある場合は、下記の症状で当てはまる項目に○印をご記入下さい。
☐特になし

食欲がない	胃が張る	吐き気	胸焼け	腹痛	便秘
痔出血	下痢	頭痛	肩こり	めまい	耳鳴り
手足のむくみ	腰痛	動悸	息切れ	脈の乱れ	手足が冷える
疲れる	寝汗をかく	尿が近い	血尿	湿疹が出来やすい	咳、痰が出る
精神的な悩み	尿の出が悪い	生理不順			
その他：					

- 4、肉親の方(祖父母、父母、兄弟姉妹)の中に次のような疾患にかかった方がいらっしゃいますか。
いる場合は、下記の該当欄に○印を付けて下さい。わかる方は病名をご記入下さい。

☐特になし

病名	がん(部位)	高血圧	脳血管疾患 (出血・梗塞)	心疾患	糖尿病	脂質異常症
祖父						
祖母						
父						
母						
兄弟姉妹						

裏面のご記入もお願いします

5、嗜好品について

飲酒	☐ ほとんど飲まない		
	☐ 時々(回数： 回/週・又は 回/月)・(量： ☐ 1合未満 ☐ 1～2合未満 ☐ 2～3合未満 ☐ 3合以上)		
	☐ 毎日(量： ☐ 1合未満 ☐ 1～2合未満 ☐ 2～3合未満 ☐ 3合以上)		
	参考：日本酒1合(180ml)の目安：ビール約500ml、焼酎25度(110ml)、ウイスキー1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)		
喫煙	☐ 吸わない ☐ 禁煙した ☐ 吸う＊本数(本/日)・期間(年間)		

6、アレルギーはありますか。ある場合は下記の項目に○印並び内容をご記入下さい。

☐特になし

☐ある：花粉症・草木・動物()・薬()・食品()

7、下記の項目を使用した業務に就いたことはありますか。ある場合は下記の項目に○印を付けて下さい。

☐特になし

極端な高温環境	極端な低温環境	放射線の取り扱い	電圧作業	振動を与える業務	重量物の取り扱い
騒音作業	有機溶剤	特定化学物質	石綿・塵肺	病原体による汚染	坑内
深夜労働					

8、精密検査等の連絡を、SMS（ショートメッセージ）にて通知することにご同意いただけますか。

☐ 同意する
* 通知用の携帯電話番号をご記入ください。（ - - ）

☐ 同意しない

9、婦人科検診問診

婦 人 科	現在、妊娠中又は妊娠の可能性がありますか： ☐ はい ☐ いいえ ☐ 分からない			
	初潮：	歳／生理不順	☐ ある ☐ ない / 不正出血： ☐ ある ☐ ない	
	閉経：	歳／閉経後の不正出血：	☐ ある ☐ ない	
	最近の月経：	月 日～	日間	
	☐ 既婚 ☐ 未婚／性交渉 ☐ ある ☐ ない			
	妊娠：	回	／出産：	回（帝王切開手術 ある・ない）

10、乳がん検診問診

乳 腺 科	①今までに乳腺の病気になったことはありますか。
	☐ ない
	☐ ある
	〈病名〉・乳がん・乳腺炎・乳腺症・のう胞・線維腺腫・その他()
	〈経過〉・完治 ・治療中 ・経過観察中
②ご親族に乳がんの方はいらっしゃいますか。	
☐ いない ☐ いる (母・祖母・姉妹・おば・姪)	
③下記の症状はありますか。	
〈しこり〉 ☐ ない ☐ ある 右(いつから) 左(いつから)	
〈脇のしこり〉 ☐ ない ☐ ある 右(いつから) 左(いつから)	
〈分泌物〉 ☐ ない ☐ ある 右(色：血性・茶色・白色・透明) / 左(色：血性・茶色・白色・透明)	
〈痛み〉 ☐ ない ☐ ある 右(平常時・月経前・月経時) / 左(平常時・月経前・月経時)	
④授乳歴はありますか。 ☐ ない ☐ ある ☐ 授乳中	
⑤自己触診を行っていますか。 ☐ いる ☐ いない	

質問事項		回答
1 3	現在、次の薬を使用していますか	
	a、血圧を下げる薬	①はい ②いいえ
	b、血糖を下げる薬又はインスリン注射	①はい ②いいえ
	c、コレステロールや中性脂肪を下げる薬	①はい ②いいえ
4	医師から脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっていると言われたり、治療を受けたことがある	①はい ②いいえ
5	医師から心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっていると言われたり、治療を受けたことがある	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言われたり、治療(人工透析等)を受けている	①はい ②いいえ
7	医師から、貧血と言われたことがある	①はい ②いいえ
8	現在、タバコ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2の両方を満たす） 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） ③いいえ（①②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回以上、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何でもかんで食べることが出来る ②歯や歯茎、噛み合わせが気になる部分があり、噛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普通 ③遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食を摂ることが週に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	お酒を(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)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回 ③週3～4回 ④週1～2回 ⑤月に1～3回 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日あたりの飲酒量はどのくらいですか 〈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） ウィスキー（同43度・60ml）、缶チューハイ（同5度・約500ml、同7度・約350ml）	①1合未満 ②1～2合未満 ③2～3合未満 ④3～5合未満 ⑤5合以上
20	睡眠で休養は十分に取れていますか	①はい ②いいえ
21	運動や食生活などの生活習慣を改善し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(概ね6ヶ月以内に) 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 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 2024年4月改訂