

## 定期健康診断をお受けになる方へ

### 当日の流れ

受付・書類提出→健康診断 渡邊内科（サンケイビルB1）

### 健診当日の注意事項

- ・ 健診所要時間は、60分～90分を予定しております。
- ・ レントゲンの撮影・聴診があり、着替えをします。  
※無地のTシャツ、タンクトップ、下着（ヒートテック・エアリズム可）を必ず着用してください。  
（柄付きは不可・ワンポイントは不可・刺繍は不可）  
※ ワンピースでの来院は禁止です。
- ・ アクセサリー等は、紛失の恐れがありますので、当日はあらかじめはずして来院してください。  
（ネックレス・ピアス・イヤリング等）
- ・ 靴を脱いでの検査があります。紐が多い靴、ブーツは避けてください。  
なるべく履きなれた脱着のしやすい靴で来院してください。
- ・ 事故防止のためにも、検査中は私語厳禁をお願いいたします。
- ・ 現在服薬中の方は、健診前日および当日の服薬については、主治医に相談して下さい。
- ・ 健診当日、風邪や貧血等の保険証を使っの診察希望の方は、健診終了後に改めて外来受付をして下さい。
- ・ 脱水症状を避けるため、水を500mlほど飲んでから受診して下さい。
- ・ 事前に問診票・質問票をご記入下さい。記入のない場合は、来院時に記入いただくため、  
検査所要時間が長くなる場合がありますので、事前記入をお勧めいたします。  
書式はダウンロードも可能です。<http://www.drwatanabe.com/kenshin/kenshin.html>
- ・ 尿検査がございます。検査直前のお手洗いはお控え下さい。
- ・ 予約時間にお越しになれない場合は、早めにご連絡下さい。

### 血液検査のある方の注意

- ・ 採血検査がありますので、食事の制限があります。受診6時間前からは、何も食べないで  
ください。

### 健診当日の持ち物

- 問診票
- 質問票

お問い合わせは渡邊内科 TEL：03-3245-2822（健診専用）  
もしくは御社 ご担当者まで

# 健 康 診 断 問 診 票

平成 年 月 日

フリガナ		生 年 月 日	大・昭・平 年 月 日生		
お 名 前		年 齢	才	性 別	男 ・ 女

**健診結果用紙に記載いたします。必ずご記入ください。**

1. 既往歴（今までの病歴・治療歴・服薬状況）をご記入ください。

特になし

病 名	治療の有無	現 在 の 状 況
	なし・あり	治療中・治癒・服薬中・その他（ ）
	なし・あり	治療中・治癒・服薬中・その他（ ）
	なし・あり	治療中・治癒・服薬中・その他（ ）
	なし・あり	治療中・治癒・服薬中・その他（ ）

2. 自覚症状があればご記入ください。

特になし       あり・・具体的にご記入ください→（ ）

3. →こちらの項目は、就職（入社）の健康診断の方のみ、ご記入ください。

この職業につく直前の職業を記入してください。

学生・事務・経理・研究・営業・編集・記者・システムエンジニア・コンサルタント  
販売・開発・その他の方は必ず職種をご記入ください→（ ）

**健診結果用紙には記載いたしません但し医師が診断する際に必要な項目です。必ずご記入下さい。**

4. ウィルス感染症と、診断されたことがありますか？

いいえ       はい（B型肝炎・C型肝炎・HIV・その他（ ））

5. ご家族で大きな病気をされた方はいらっしゃいますか？

いいえ       はい      病 名：      ご自身との続柄：

6. 現在、微熱が続いた症状はありますか？

いいえ       はい

7. 現在、咳が続いた症状はありますか？

いいえ       はい

8. アスベストに関連する業務につかれたことはありますか？

いいえ       はい（ ）

9. 女性の方へおうかがいします。該当するものにチェックして下さい。

現在生理中

妊娠の可能性なし     妊娠の可能性があり     妊娠中（ 月）     現在授乳中

# 質 問 票

回答欄は、全てご記入ください。

《個人情報の取扱いについて》本事業は、平成20年4月より実施することとなっている、特定健診・保健指導の円滑な運営を行うことを目的としています。本受診票により取得した個人情報については、プライバシー保護に十分配慮し、本事業以外の目的には一切使用されることはありません。このことに同意された上で、本事業にご協力下さい。

お名前

	質 問 事 項	回 答		
		① はい	② いいえ	
被 保 険 者 記 入 欄	1 血圧を下げる薬を使用している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2 インスリン注射又は血糖を下げる薬を使用している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	3 コレステロールを下げる薬を使用している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	4 医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっていると言われたり、治療を受けたことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	6 医師から、慢性の腎不全にかかっていると言われたり、治療(人工透析)を受けたことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	7 医師から貧血と言われたことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	8 現在、たばこを習慣的に吸っている。 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは「合計100本以上、又は6ヶ月以上喫煙している者」であり、最近1ヶ月も喫煙している者)	<input type="checkbox"/> 通算喫煙年数 ( )年 1日( )本	<input type="checkbox"/>	
	9 20歳の時の体重から10kg以上増加している。	<input 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年以上実施している。	<input 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る。	<input 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。	<input 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 <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 <input type="checkbox"/>		
	14 人と比較して食べる速度が速い。	① 速い <input type="checkbox"/> ② 普通 <input type="checkbox"/> ③ 遅い <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回以上ある。	<input 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"/> ②時々 <input type="checkbox"/> ③ほとんど摂取しない <input type="checkbox"/>		
	17 朝食を抜くことが週に3回以上ある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	18 お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒等)を飲む頻度	① 毎日 <input type="checkbox"/> ② 時々 <input type="checkbox"/> ③ 飲まない <input type="checkbox"/>		
	19 飲酒日の1日当たりの飲酒量 清酒1合(180ml)の目安:ビール中瓶1本(約500ml)、 焼酎1合(180ml)、ウイスキーダブル1杯(60ml)、 ワイン2杯(240ml)	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合以上 <input type="checkbox"/>		
20 睡眠で休養が十分とれている。	<input 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う。	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 近いうちに改善するつもりであり、少しずつ始めている(概ね1ヶ月以内) <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) <input type="checkbox"/>			
22 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、利用する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		