

健康診断のご案内

事業所名 所属		健診日		受付	
氏名		性別		ID	

健診内容：問診・血圧・尿・血液検査・身体計測・視力・聴力・心電図・胸部レントゲン

※検査終了後、医師の診察を予定しています。当日は、問診表とこの用紙、保険証をご持参ください。

【前日の飲食】: 22時頃までに食事を済ませてください。
その後は、水・お茶のみ摂取可能です。
アルコールは控える事をおすすめします。

【午前予約の方】: 朝食・間食は摂らないでください。

【午後予約の方】: 昼食を摂らないでください(朝食など可)

朝食・間食後3.5時間以上あけて、来院してください。

※起床後、午前、午後共に、水・お茶は摂取してかまいません。

【病院処方薬】: 内服・使用してください。

糖尿病治療中の方は、主治医に確認してください。

その他の注意事項とお願い

① **問診票をご記入の上、上記受付時間までにご来院ください。**

問診表は、受付へお渡しください。

② 妊娠中や妊娠の可能性のある方は、胸部レントゲン撮影ができません。

③ 生理期間中やその前後2、3日は尿検査結果に影響が出ます。

その時期を避けて健診を受けてください。

④ 受付 → 検査(約40分) → 結果が揃ったら、医師の診察 『 予定』

外来患者様と同時進行のため、大幅に待ち時間が発生する場合があります。

⑤ 日程変更やご不明な点は、下記までご連絡をお願いいたします。

もみのき病院 ドック室 (088)843-7127

健康診断問診表

ID		健診日		コース名	
フリガナ		生年月日		事業所名	
氏名	様	性別		年齢	
所属		職種			
保険者番号		保険記号		番号	

● 該当するものに記入、又はし点・○をつけてください。

業務歴	◆これまでの、以下の業務や取り扱いの経験がありますか。該当する項目の□にし点をつけてください。		
	<input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> 重量物の取扱いの経験	<input type="checkbox"/> 粉塵の取扱いのある業務
	<input type="checkbox"/> 激しい振動を伴う業務経験	<input type="checkbox"/> 有害物質の取扱いのある業務	<input type="checkbox"/> 放射線の取扱いのある業務

服薬歴・既往歴	◆現在治療中の疾患、または治療歴のある疾患について伺います。当てはまる項目の□にし点をつけてください。 □以下に該当する項目はありません
	<ul style="list-style-type: none"> ・高血圧 <input type="checkbox"/>薬を使用 <input type="checkbox"/>診察や検査など定期受診中 <input type="checkbox"/>自己にて治療中断 <input type="checkbox"/>何もせず放置 <input type="checkbox"/>治癒 <input type="checkbox"/>その他 ・高脂血症・脂質異常 <input type="checkbox"/>薬を使用 <input type="checkbox"/>診察や検査など定期受診中 <input type="checkbox"/>自己にて治療中断 <input type="checkbox"/>何もせず放置 <input type="checkbox"/>治癒 <input type="checkbox"/>その他 ・糖尿病 <input type="checkbox"/>薬を使用 <input type="checkbox"/>診察や検査など定期受診中 <input type="checkbox"/>自己にて治療中断 <input type="checkbox"/>何もせず放置 <input type="checkbox"/>治癒 <input type="checkbox"/>その他 ・脳出血・脳梗塞 <input type="checkbox"/>薬を使用 <input type="checkbox"/>診察や検査など定期受診中 <input type="checkbox"/>自己にて治療中断 <input type="checkbox"/>何もせず放置 <input type="checkbox"/>治癒 <input type="checkbox"/>その他 ・心疾患 <input type="checkbox"/>薬を使用 <input type="checkbox"/>診察や検査など定期受診中 <input type="checkbox"/>自己にて治療中断 <input type="checkbox"/>何もせず放置 <input type="checkbox"/>治癒 <input type="checkbox"/>その他 ・腎障害 <input type="checkbox"/>薬を使用 <input type="checkbox"/>診察や検査など定期受診中 <input type="checkbox"/>自己にて治療中断 <input type="checkbox"/>何もせず放置 <input type="checkbox"/>治癒 <input type="checkbox"/>その他 ・肝臓疾患 <input type="checkbox"/>薬を使用 <input type="checkbox"/>診察や検査など定期受診中 <input type="checkbox"/>自己にて治療中断 <input type="checkbox"/>何もせず放置 <input type="checkbox"/>治癒 <input type="checkbox"/>その他 ・貧血 <input type="checkbox"/>薬を使用 <input type="checkbox"/>診察や検査など定期受診中 <input type="checkbox"/>自己にて治療中断 <input type="checkbox"/>何もせず放置 <input type="checkbox"/>治癒 <input type="checkbox"/>その他 ・高尿酸血症・痛風 <input type="checkbox"/>薬を使用 <input type="checkbox"/>診察や検査など定期受診中 <input type="checkbox"/>自己にて治療中断 <input type="checkbox"/>何もせず放置 <input type="checkbox"/>治癒 <input type="checkbox"/>その他
	◆上記疾患で、その他に□した方は内容を記入してください。その他以外でも、補足事項がある場合は下記へ記入してください。 【例：貧血(症状があれば受診)、脂質異常(職場の健診で様子をみている)、高血圧(現在、医師の指示で薬を中断している)】
	◆上記の疾患以外(ケガ等も含む)に、治療中の疾患や治療歴があれば、治療状況などと併せて記入してください。

自覚症状	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 体重変動 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 手のしびれ <input type="checkbox"/> 足のしびれ <input type="checkbox"/> 視力低下 <input type="checkbox"/> 目のかすみ <input type="checkbox"/> その他 ()
家族歴	◆血縁(父母)の方で、心筋梗塞・狭心症の方はいますか。(いる方は以下も記入してください。) <input type="checkbox"/> いない ・ <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> 父(狭心症：発症 才)(心筋梗塞：発症 才) <input type="checkbox"/> 母(狭心症：発症 才)(心筋梗塞：発症 才)
女性項目	◆女性の方に伺います。該当する場合は、□にし点をつけてください。 <input type="checkbox"/> 妊娠中や妊娠の可能性ある <input type="checkbox"/> 検尿時、生理期間中(生理前後2、3日も含む)である

改定日 R2.4.1

改定日 R6.4.1

事業所名		ID		氏名	
------	--	----	--	----	--

服薬歴	◆現在、次の薬を内服したり、使用したりしていますか。該当する□にし点をつけてください。 a. 血圧を下げる薬 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
病歴	◆次の疾患について、該当する□にし点をつけてください。 医師から脳卒中(脳出血、脳梗塞など)にかかっているとされたり、治療を受けた <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 医師から心臓病(狭心症、心筋梗塞など)にかかっているとされたり、治療を受けた <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 医師から慢性腎臓病や腎不全にかかっているとされたり、治療(人工透析など)を受けた <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 医師から貧血と言われたことがある <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
喫煙歴	◆現在、たばこを習慣的に吸っていますか。(習慣的とは、条件aと条件bを両方満たす者) 条件a: 最近1カ月吸っている <input type="checkbox"/> はい(条件aとb両方満たす) <input type="checkbox"/> いいえ(条件a、b以外) 条件b: 生涯で6カ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"/> 以前吸っていたが、最近1カ月間は吸っていない(条件bのみ満たす)
変体重	◆20歳の時の体重から10kg以上増加している。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
運動	◆1回30分以上の軽く汗をかく(少し息の切れる)運動を、週2日以上、1年以上実施していますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ◆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ますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ◆ほぼ同じ年齢の同姓と比較して歩く速度が速いですか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
食生活・食習慣	◆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"/> 何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> ほとんどかめない <input type="checkbox"/> 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
飲酒	◆人と比較して食べる速度が速いですか。 <input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 遅い
	◆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。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
	◆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"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど摂らない
	◆朝食を抜くことが、週に3回以上ありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
飲酒	◆お酒(日本酒・焼酎・ビール・洋酒など)は、どの位の頻度で飲みますか。 ※「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"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週5~6日 <input type="checkbox"/> 週3~4日 <input type="checkbox"/> 週1~2日 <input type="checkbox"/> 月1~3日 <input type="checkbox"/> 月1日未満 <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 飲まない(飲めない)
休養	◆飲酒日の1日あたりの飲酒量はどの位ですか。 ※日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安 ビール(5度・500ml) 焼酎(25度・110ml) ワイン(14度・240ml) ウイスキーダブル(43度・60ml) 缶チューハイ(5度・500ml、7度・350ml) <input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1~2合未満 <input type="checkbox"/> 2~3合未満 <input type="checkbox"/> 3~5合未満 <input type="checkbox"/> 5合以上
休養	◆睡眠で休養が十分とれていますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
保健指導	◆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"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ◆何か健康について相談したいことがありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい

脳ドック・企業健診をご予約の皆様へ

この度は、脳ドックをご予約いただき、ありがとうございます。

当院では、感染症予防のため、次の通り、独自の受診制限を継続しています。

受診制限や院内でのマスク着用等、感染対策にご協力をお願い申し上げます。

①～③に該当される方は、原則、**受診延期**（健診当日を含む）をお願いしております。

①～③に該当された方、体調不良の方は、**来院されず、事前に**

もみのき病院ドック室 ☎（088）843-7127 まで、ご連絡をお願いいたします。

<受診予定日の**1週間前～健診当日**の健康状態などについて >

- ① 体温37.5度以上を認めたことがある方（平熱が37.5度以上の方も、ご連絡下さい）
- ② せき、鼻水、のどの痛みなど症状がある方（症状のあった方）
- ③ ご自身が、新型コロナ陽性者や同居のご家族が感染し濃厚接触者となった場合

・当日は、マスク着用の上、体温測定、①～③の質問を含む問診表にご記入をお願いいたします。

・各種感染症の拡大により、脳ドック・健診が延期になる場合があります。

その際は、当病院よりご連絡いたしますので、ご協力のほど何卒お願い申し上げます。

・上記、制限内容につきましては、予告なく変更する事があります。予め御了承下さい。

ご不明な点などございましたら、ご連絡いただけますと幸いです。

高知県健康パスポート事業について

当院は、高知県健康パスポート事業に参加しています。

脳ドックはグリーン1ポイントを取得できます。

QRコードをドック室前に掲示しておりますので、健診当日ご利用下さい。

なお、QRコードの読み込みは、原則院内でのみとなります。 予め御了承下さい。

医療法人治久会もみのき病院 ドック室

電話（088）843-7127 ドック室専用