健康診断問診票

医療法人社団 藤順会 藤沢順天医院
藤沢総合健診センター

ふりがな		性別	血液型	生年月日
氏名		男・女	ABO(　) Rh (　)	大・昭・平　　年　　月　　日
自宅 住所	〒　　－			自宅　(　　) 携帯　(　　) 日中連絡先(　　)
保険組合名		保険証記号		保険証番号		保険者区分	1. 被保険者 2. 被扶養配偶者 3. 被扶養家族
勤務先名		勤務支店名		

■女性の方にお伺いします　□に✓をつけてください

① 検査日現在、生理中ですか　□ はい　□ いいえ

② 検査日現在、妊娠中又は妊娠の可能性がありますか　□ はい　□ いいえ　□ わからない

Ⅰ 服薬歴　□に✓をつけてください

① 現在、血液をサラサラにするお薬を飲んでいますか　□ はい　□ いいえ

② 現在、定期的に病院に通院しお薬を処方されていますか？　□ はい　□ いいえ

②「はい」の方、現在、処方されているお薬の疾患名の番号に○印をご記入ください

1 高血圧　2 脂質異常症　3 糖尿病　4 高尿酸血症(痛風)　5 心疾患　6 脳疾患　7 血液疾患(貧血含む)　8 呼吸器疾患　9 肝疾患　10 消化器疾患　11 腎疾患　12 甲状腺疾患　13 リウマチ疾患　14 眼科疾患　15 前立腺疾患　16 婦人科疾患　17 その他疾患

Ⅱ 自覚症状の有無　□に✓をつけてください

□ 特になし　□ あり ※主症状を15文字以内でご記入ください

Ⅲ 既往歴　※完治・寛解しており次回受診予定がないもの

該当の番号に○印をつけてください

1 特になし　2 高血圧　3 脂質異常症　4 糖尿病　5 高尿酸血症(痛風)　6 心疾患　7 脳疾患　8 血液疾患(貧血含む)　9 呼吸器疾患　10 肝疾患　11 消化器疾患　12 腎疾患　13 甲状腺疾患　14 リウマチ疾患　15 眼科疾患　16 前立腺疾患　17 婦人科疾患　18 その他疾患

Ⅳ ご家族の既往歴・治療歴

実の親子、兄弟などで、次の病気にかかった人がいる場合、該当する番号に○印をご記入下さい。

1 脳疾患　2 高血圧　3 肝臓病　4 心疾患　5 糖尿病　6 がん

Ⅴ 業務歴

現在または過去で一番長く従事している業種の番号に○印をつけてください（1つお選びください）

1 営業職　2 事務職　3 技術・専門職　4 販売・接客業　5 その他の業種　6 業務歴なし

Ⅵ 運動について　□に✓をつけてください

現在、運動習慣はありますか　□ いいえ　□ はい（種目:　　頻度:1週間に　　回　）

Ⅶ 喫煙について

① 現在たばこを習慣的に吸っていますか　(　はい ・ いいえ　)　※習慣的とは…合計100本以上、又は6ヵ月以上吸っていて、最近1ヶ月間も吸っている

② ①で「はい」と答えた方にお伺いします　1日何本吸っていますか (　　)本　喫煙年数は何年になりますか (　　)年

Ⅷ 胃部X線検査を受ける方は、以下①～⑪もご記入ください

① **女性の方**:妊娠中又は授乳中である　(　はい ・ いいえ　)

② 体重が130kg以上である(機械的な制限のため検査不可)　(　はい ・ いいえ　)

③ バリウム製剤・発泡剤にアレルギーがある　(　はい ・ いいえ　)

④ 潰瘍性大腸炎・クローン病・腸閉塞の治療中である　(　はい ・ いいえ　)

※上記に該当する場合、および健診当日血圧が180/110mmHgを超える場合は、検査が受けられません。

⑤ 3日以上排便のない強度な便秘がある　(　はい ・ いいえ　)

⑥ 腸閉塞(イレウス)・クローン病の既往歴がある　(　はい ・ いいえ　)

⑦ 出血性大腸炎・憩室炎・消化管穿孔で治療中である　(　はい ・ いいえ　)

⑧ 人工肛門を増設している　(　はい ・ いいえ　)

⑨ 脳動脈瘤・腹部大動脈瘤の破裂の危険がある　(　はい ・ いいえ　)

⑩ 3か月以内に大きな手術をした　(　はい ・ いいえ　)

⑪ 透析治療中である　(　はい ・ いいえ　)

※検査前に問診を行い、診察医の判断により当日中止となる場合があります。

Ⅸ 下記のすべての質問にお答え下さい。　それぞれの質問について、当てはまる番号に1つだけ○をつけて下さい

	質問項目	回答
1	現在、血圧を下げる薬を使用している	①はい　②いいえ
2	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	①はい　②いいえ
3	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	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)にかかっているといわれたり、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いわれたり、治療(人工透析など)を受けたことがある	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、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カ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以上増加している	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年以上実施している	①はい　②いいえ
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	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	①はい　②いいえ
13	食事をかんで食べる時の状態はどれがあてはまりますか	①何でもかんで食べることができる 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 ③ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速い	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回以上ある	①はい　②いいえ
16	朝昼夜の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取している	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回以上ある	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) ワイン(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)	①1合未満(飲めない含む) ②1～2合未満　③2～3合未満 ④3～5合未満　⑤5合以上
20	睡眠で休養が十分とれている	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すか	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) 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	生活習慣病の改善について、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

Ⅹ その他、健康上ご心配な事をご記入下さい。

※必ず裏面の署名をご記入ください。

受診者の皆様へ

健康診断における個人情報の取り扱いに関する同意について

藤沢総合健診センター（以下、当センター）では、受診者の皆様からの信頼を第一と考え、皆様に関わる情報を正確、かつ機密に取り扱うことは、当センターにとって重要な責務であると考えております。そのために、皆様の個人情報に関する「個人情報保護方針」を制定し、受診者の皆様の個人情報の取り扱いについて、本方針ならびに医療関係法令等の規約等を遵守し、安全かつ厳密に管理してまいります。
以下の利用目的等をよくご確認いただき、同意の上、お申込みいただきますようお願いいたします。

◆個人情報の利用目的
健康診断を通じ、疾病の早期発見・早期治療のみならず、健康度の確認および保健指導による健康管理・生活習慣の改善、検査精度の管理等を適切に行うため、以下のとおり個人情報を利用します。
1. 市町村・事業所・健康保険組合・所属団体等からの健康診断受託業務を行うため
2. 健康診断の予約・事前準備・受付・問診・検査・診察・判定・指導・結果報告・紹介状発行など
3. 健康診断の結果、精密検査や再検査が必要となった方への受診勧奨など
4. 健康診断に関するご請求や会計処理など
5. 検診精度の適切な管理を行うための調査、分析、精密検査結果や追跡調査等の把握管理など
6. 医療の質の向上を目的とした症例研究・学術研究（事業集計や各種統計処理含む）
7. お問い合わせへの対応
8. その他、管理運営業務や、当センターが取り扱う健康診断に関わるサービス等のご案内をする場合など

◆個人情報の提供
受診者の皆様の個人情報はあらかじめ同意を得ることなく、外部へ提供することはありません。ただし、法令の規定による場合や外部への検体検査の委託、健康診断業務を円滑に進めるため、また、受診者の皆様の健康管理や健康診断の精度管理などを適切に行うために、以下のとおり個人情報を提供または委託することがあります。
1. 他の病院、診療所、健康診断機関等との連携
2. 他の医療機関等からの精密検査や治療のための照会への回答
3. 健康診断委託元（市町村・事業所・健康保険組合など。以下、委託元）への結果報告
   ・法の定めにより定期的に実施するとともに、皆様の委託元から関係官庁に皆様の健康状態を報告することが義務付けられております。委託元との契約に基づき、法定外の項目を追加する場合もあります。
   ・健診結果の送付に関して当センターは個人情報保護法に基づき、受診者様のご自宅へ郵送または窓口にてご本人の身分証明書を確認の上、手渡しのいずれかとしておりますが、委託元との取り決めによっては、委託元より定められた健康管理部署または担当者様へ適切に報告させていただきます。ただし、受診者様が個人的に受診した項目については、結果の送付はできません。また、契約以外の送付先への健康診断個人票の送付や複数枚発行をご希望される場合は、委託元へ別途「再発行手数料」や「転記手数料」を請求させていただいております。あらかじめご了承ください。
4. 健康診断委託元の医師（産業医）・保健師・衛生担当医等からの照会
5. 健康診断結果判定等のため、外部の医師等の意見・助言を求める場合
6. 外部監査機関や法令等の定めに基づき情報提供を求められた場合や届出など
7. 外部への委託
   皆様への健診にあたり、必要な範囲において、一部または全部を提携医療機関や検体検査会社へ委託する場合があります。
   委託する場合は、個人情報の漏洩が起こらないように適切な業務委託先の選定や委託管理を徹底いたします。

◆個人情報の提供の任意性
個人情報のご提供はあくまで任意ですが、必要な個人情報の一部または全部をご提供いただけない場合は、適正な健康診断及び保健指導をご提供出来ない場合があります。

◇当センターの個人情報保護方針は、当センターのホームページで閲覧してください。
https://www.fujisawa-junten.or.jp/info/privacy_policy.html
◇開示対象個人情報の開示・訂正・削除・利用停止等、これらの問い合わせは下記窓口までお問い合わせください。

お問い合わせ窓口　〒251-0024　神奈川県藤沢市鵠沼橘1-17-11
医療法人社団　藤順会　藤沢順天医院　藤沢総合健診センター　TEL:0466-23-3211

健康診断検査説明・個人情報の取り扱いについて

※私は、健康診断の検査を受けるにあたり、検査の説明・注意事項を十分理解した上で検査を受けること、および上記、個人情報の取り扱いについて確認した上ですべての個人情報の取り扱いに同意します。

日付（受診日）　　年　　月　　日

受診者署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿