

- 健診用問診票を印刷頂く際は、必ず A3 サイズでの印刷をお願い致します。
- 上記サイズ以外で印刷して頂いた場合は、恐れ入りますが  
来院後に健診用問診票に書き写して頂きますので、お早目の来院を  
お願い致します。
- 見本をご確認の上、ご記入お願い致します。
- ご記入頂いた健診用問診票のご持参を忘れずにお願い致します。

医療法人社団志友会 東京ベイサイドクリニック

この用紙は見本です。

★印の注意事項をご確認頂き  
鉛筆またはシャープペンシルで  
ご記入下さい。

記入見本  よい例  悪い例 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

★  青枠部分にご回答下さい。  
チェックは記入見本  のように  
記入をお願いします。

★  業務歴 例：事務 営業 など

別紙、「健康診断における個人情報の取り扱いについて」にご同意のうえ、問診票にお答えください。

※ チェックをお願いします。  同意します

★ ■ 健康診断受診票について

- 健康調査欄は事前に「えんぴつ」で記入し健診当日受付までお持ちください。
- 氏名、個人CD、性別、年齢を確認してください。変更のある部分は赤ペンで修正してください。
- 受診票は機械で処理しますので、折り曲げたり汚さないようにお願いします。

★ ■ 健診前日の注意事項

- 暴飲、暴食をさけ、夕食は21時までにはすませてください。飲酒もひかえてください。
- 激しい運動はさけてください。

★ ■ 健診当日の注意事項

- 血液検査がある場合は、朝食だけでなく飲み物（コーヒー、牛乳、ジュース、お茶など）やカロリーのあるもの（ガム、飴、お菓子）もとらないでください。
- 視力検査には、日頃から使用しているメガネ（老眼は除く）をご持参ください。
- 胸部X線検査では、ボタン、金具のある下着は着用しないでください。（ネックレスは事前に外してください）
- 妊娠中もしくは妊娠の可能性のある方は、X線検査はできませんので、受付に申し出てください。
- 採便（便潜血検査）は、説明書をよくお読みのうえ行っていただき、健診当日に必ずご持参ください。

自覚症状 最近(3~6ヶ月前から)体の調子で特に感じる項目があれば、回答欄にチェックしてください。 ★特になし...

問診項目	回答	問診項目	回答
1 せき・たんがよく出る	<input type="checkbox"/>	30 耳鳴りがする	<input type="checkbox"/>
2 たんに血が混じる	<input type="checkbox"/>	31 夜、何回も小便	<input type="checkbox"/>
3 血圧が高いといわれたことがある	<input type="checkbox"/>	32 排尿時の痛み	<input type="checkbox"/>
4 普通の時でも動悸・息切れがする	<input type="checkbox"/>	33 尿がにごる	<input type="checkbox"/>
5 脈の乱れ	<input type="checkbox"/>	34 尿量が多い	<input type="checkbox"/>
6 頭痛	<input type="checkbox"/>	35 皮膚のかゆみ	<input type="checkbox"/>
7 目眩	<input type="checkbox"/>	36 よく眠れない	<input type="checkbox"/>
		37 疲れやすい	<input type="checkbox"/>
		38 不安感がある	<input type="checkbox"/>
		39 人と話したくない	<input type="checkbox"/>
		40 気が沈む	<input type="checkbox"/>
		41 過去にピロリ菌の除菌をしたことがある	<input type="checkbox"/>
		42 (除菌したことがある場合)除菌は成功した	<input type="checkbox"/>
		43 (除菌したことがある場合)除菌は途中で放置・確認していない	<input type="checkbox"/>
15 空欄でお願いします。	<input type="checkbox"/>	パソコン等の1日平均作業時間(いずれかにチェックしてください)	
16	<input type="checkbox"/>	44 なし	<input type="checkbox"/>
17 便秘	<input type="checkbox"/>	45 2時間以内	<input type="checkbox"/>
18 時々、黒い便が出る	<input type="checkbox"/>	46 2~4時間以内	<input type="checkbox"/>
19 便が細い、出にくい	<input type="checkbox"/>	47 4~6時間以内	<input type="checkbox"/>
20 物が飲み込みにくい	<input type="checkbox"/>	48 6時間以上	<input type="checkbox"/>
21 舌がもつれる	<input type="checkbox"/>	(以下女性のみ)	
22 鼻血が出たり、歯ぐきから出血する	<input type="checkbox"/>	49 妊娠中	<input type="checkbox"/>
23 肩や背筋がはる	<input type="checkbox"/>	50 おりものが多い	<input type="checkbox"/>
24 関節痛や筋肉痛・腫れがある	<input type="checkbox"/>	51 不正出血がある	<input type="checkbox"/>
25 腰が時々痛む	<input type="checkbox"/>	52 乳房にしこりがある	<input type="checkbox"/>
26 手足がしびれる	<input type="checkbox"/>	53 生理が不順である	<input type="checkbox"/>
27 眼が疲れたり、かすんだりする	<input type="checkbox"/>	54 下腹部に痛みを感じることもある	<input type="checkbox"/>
28 ひどく頭が重たかったり痛んだりする	<input type="checkbox"/>	55 閉経している	<input type="checkbox"/>
29 めまいや立ちくらみがする	<input type="checkbox"/>	56 生理中	<input type="checkbox"/>

いつも・時々  
どちらにも該当しない場合は  
空欄でお願いします。

1~56全てに該当がない  
場合は★特になしに  
チェック

★ 既往歴

前回の既往歴をA：治癒、B：治療中、C：経過観察、D：放置で表しています。変更のある方は下記に該当する状況□に記号を記入して下さい。特になし、変更ない方は右の該当する□に記入して下さい。年齢はその状況になった時点の年齢です。(治療中：服薬又は通院観察中である。)

前回状況	前回年齢	状況	年齢	前回状況	前回年齢	状況	年齢
		02 高血圧	<input type="checkbox"/>			15 肝機能障害	<input type="checkbox"/>
		03 脂質異常症	<input type="checkbox"/>			16 B型肝炎	<input type="checkbox"/>
		04 糖尿病	<input type="checkbox"/>			17 C型肝炎	<input type="checkbox"/>
		05 痛風・高尿酸血症	<input type="checkbox"/>			18 腎臓病 (慢性腎炎・透析中)	<input type="checkbox"/>
		06 肺結核・肋膜炎	<input type="checkbox"/>			19 尿路結石	<input type="checkbox"/>
		07 肺炎・気管支炎	<input type="checkbox"/>			20 胆石・胆嚢ポリープ	<input type="checkbox"/>
		08 気管支喘息	<input type="checkbox"/>			21 膵炎	<input type="checkbox"/>
		09 呼吸器疾患	<input type="checkbox"/>			22 胃十二指腸潰瘍	<input type="checkbox"/>
		10 心筋梗塞・狭心症	<input type="checkbox"/>			23 胃ポリープ	<input type="checkbox"/>
		11 不整脈	<input type="checkbox"/>			24 大腸ポリープ	<input type="checkbox"/>
		12 脳血管障害 (脳血管・梗塞・くも膜下出血)	<input type="checkbox"/>			25 痔	<input type="checkbox"/>
		13 貧血	<input type="checkbox"/>			26 その他消化器疾患	<input type="checkbox"/>
		14 その他血液疾患	<input type="checkbox"/>			27 関節リウマチ	<input type="checkbox"/>
						28 前立腺肥大	<input type="checkbox"/>
						29 甲状腺疾患	<input type="checkbox"/>
						30 子宮筋腫	<input type="checkbox"/>
						31 白内障	<input type="checkbox"/>
						32 緑内障	<input type="checkbox"/>
						33 その他眼科疾患	<input type="checkbox"/>
						34 腰痛症	<input type="checkbox"/>
						35 皮膚疾患	<input type="checkbox"/>
						36 上( )	<input type="checkbox"/>
						37 外( )	<input type="checkbox"/>
						38 下( )	<input type="checkbox"/>

1~35すべてに該当がない場合は★特になしに  
チェック

★ 家族歴

血縁(祖父母・親・兄弟)で下記の疾患にかかった方があればマークして下さい。

高血圧	<input type="checkbox"/>	心臓病(狭心症、心筋梗塞、不整脈、心筋症)	<input type="checkbox"/>	胃がん	<input type="checkbox"/>	乳がん	<input type="checkbox"/>	痛風・高尿酸血症	<input type="checkbox"/>
糖尿病	<input type="checkbox"/>	脳血管障害(脳出血、脳梗塞、くも膜下出血)	<input type="checkbox"/>	肺がん	<input type="checkbox"/>	気管支喘息	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
脂質異常症	<input type="checkbox"/>	肝疾患(ウイルス性肝炎、肝硬変)	<input type="checkbox"/>	大腸がん	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>

全てに該当がない場合は  
★特になしにチェック

★ 特定健康診断

以下の質問項目にすべてお答えください。(必ず鉛筆でご記入下さい)

質問項目	回答	質問項目	回答
1-3 現在、aからcの薬の使用の有無*		18 お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度をお答えください	1.毎日 <input type="checkbox"/> 2.週に4~5回 <input type="checkbox"/> 3.週に2~3回 <input type="checkbox"/> 4.ほとんど飲まない(数回のみ) <input type="checkbox"/>
1 a. 血圧を下げる薬	1.はい <input type="checkbox"/> 2.いいえ <input type="checkbox"/>	19 飲酒日の1日当たりの飲酒量はどのくらいですか	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"/>
2 b. 血糖値を下げる薬又はインスリン注射	1.はい <input type="checkbox"/> 2.いいえ <input type="checkbox"/>	日本酒1合(180ml)の目安: ビール中瓶1本(約500ml)、焼酎25度(110ml)、 ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	
3 c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	1.はい <input type="checkbox"/> 2.いいえ <input type="checkbox"/>	1回の飲酒量は、 ビール(大瓶)( )本、日本酒( )合、 焼酎(正味)( )合、ウイスキーシングル( )杯	
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 <input type="checkbox"/> 2.いいえ <input type="checkbox"/>	20 睡眠で休養が十分とれていますか	1.はい <input type="checkbox"/> 2.いいえ <input type="checkbox"/> 睡眠時間( )時間
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 <input type="checkbox"/> 2.いいえ <input type="checkbox"/>	8 現在、たばこを習慣的に吸っていますか	1.吸わない <input type="checkbox"/> 2.やめた( )才( ) <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> 2.いいえ <input type="checkbox"/>	9 20歳の時の体重から10%以上減量したことがありますか	1.はい <input type="checkbox"/> 2.いいえ <input type="checkbox"/>
7 医師から貧血といわれたことがありますか	1.はい <input type="checkbox"/> 2.いいえ <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年以上実施していますか	1.はい <input type="checkbox"/> 2.いいえ <input type="checkbox"/>
11 日常生活において歩行は同年代の身体運動を1日1時間以上実施していますか	1.はい <input type="checkbox"/> 2.いいえ <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ですか	1.はい <input type="checkbox"/> 2.いいえ <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"/>	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 <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(概ね1ヶ月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めています <input type="checkbox"/>
14 人と比較して食べる速度は速いですか	1.速い <input type="checkbox"/> 2.普通 <input type="checkbox"/> 3.遅い <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しますか	1.はい <input type="checkbox"/> 2.いいえ <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回以上ありますか	1.はい <input type="checkbox"/> 2.いいえ <input type="checkbox"/>	23 ストレスについて	1.少ない <input type="checkbox"/> 2.普通 <input type="checkbox"/> 3.多い <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	1.毎日 <input type="checkbox"/> 2.時々 <input type="checkbox"/> 3.ほとんど飲まない <input type="checkbox"/>	24 夕食の時刻は何時頃ですか	1.~19時 <input type="checkbox"/> 2.20~21時 <input type="checkbox"/> 3.22時 <input type="checkbox"/>
17 朝食を抜くことが週に3回以上ありますか	1.はい <input type="checkbox"/> 2.いいえ <input type="checkbox"/>	25 外食の頻度はどのくらいですか	1.多い <input type="checkbox"/> 2.少ない <input type="checkbox"/> 3.ほとんどない <input type="checkbox"/>
		26 好き嫌いはありますか	1.多い <input type="checkbox"/> 2.多少ある <input type="checkbox"/> 3.少ない <input type="checkbox"/>
		27 味付けの好みはどちらですか	1.塩辛い方 <input type="checkbox"/> 2.普通 <input type="checkbox"/> 3.薄味 <input type="checkbox"/>
		28 ジュース等の飲料を飲む頻度はどのくらいですか	1.よく飲む <input type="checkbox"/> 2.時々飲む <input type="checkbox"/> 3.あまり飲まない <input type="checkbox"/>

この用紙は見本です

※医師の判断・治療のもとで服薬中のものを指す

