

03

問 診 票

0300000000



お申込み内容 印字内容に誤りがあれば赤字で修正ください。

申込み団体	()	検診月日		受付番号	
保険者番号		検診会場		被保険者証等記号	
フリガナ		受診コース		被保険者証等番号	
氏名		生年月日	年 月 日	世帯・所属コード	
住所	〒	所属名		地区コード	
		個人コード		区分・組コード	
		電話番号	()		

(1) 過去、現在の病気について

ご記入の上、当日受付へご提出ください。該当する項目に✓点、または数字を黒鉛筆ではっきりとご記入ください。

	☒ 該当なし	医療機関にて投薬治療中	医療機関に通院しているが投薬なし	過去の病気	手術歴
1 高血圧	☒	☒	☒		
2 糖尿病	☒	☒	☒		
3 コレステロール等	☒	☒	☒		
4 胃	☒	☒	☒		
5 心	☒	☒	☒		
6 腎	☒	☒	☒		

(2) 自覚症状について(1年以内)

☒ 該当なし

該当するものすべてに✓点をつけてください。

1 ☒ 手足がしびれる	9 ☒ のどが渇く	18 ☒ 便に血が混じる
2 ☒ 胸が苦しくなる	10 ☒ 体重が増えた	19 ☒ 便秘がち(3日以上)
3 ☒ 動悸がする	11 ☒ 体重が減った	20 ☒ 便が細くなった、残便感がある

(1) (2) (4) について

該当するところに✓を

該当しない場合は、「該当なし」に✓を記入してください。

7 眼科疾患	☒	☒	☒	☒
8 脳卒中(脳梗塞、脳出血、くも膜下出血)	☒	☒	☒	☒
9 呼吸器疾患	☒	☒	☒	☒
10 高尿酸血症	☒	☒	☒	☒
11 前立腺疾患	☒	☒	☒	☒
12 胃・食道疾患	☒	☒	☒	☒

25 ☒ 胃潰瘍	26 ☒ 十二指腸潰瘍	27 ☒ 胃ポリープ
28 ☒ 慢性胃炎	29 ☒ その他(ピロリ菌除菌を含む)	手術 S.H.R 年 頃

(3) 飲食について(最後の飲食が終わった時間) ※糖分を含まない水分(お茶・水)を除く

☒ 昨日	例(時:0~23) (分:0~59)	本日の服薬	健診機関記入欄
☒ 本日	時 分	済・未	☒ 基礎疾患 尿未実施

(4) あなたの血族について

☒ 該当なし

該当するものすべてに✓点をつけてください。

()	胃	大腸	子宮	乳	肺	その他	脳卒中	高血圧	心疾患	糖尿病	甲状腺疾患	突然死
父	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
母	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
兄弟・姉妹	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒

ピロリ菌の除菌をされた方は29□その他に✓を記入してください。

年齢と異常の有無について

直近の健(検)診について和暦でご記入ください。過去6年以上健(検)診を受けていない場合はご記入不要です。

最後の受診が令和6年の場合	(記入例)	健康診断	健康診断	胃	大腸	子宮	乳	肺	前立腺
受診年	R 6	R	R	R	R	R	R	R	R
異常の有無	(有)・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
精密検査	(済)・未	済・未	済・未	済・未	済・未	済・未	済・未	済・未	済・未

※この用紙は機械で読み取りますので、汚したり、折り曲げたりしないようにしてください。

裏面もご記入ください

お酒を飲む頻度はどれくらいですか？

☒ 1.毎日	☒ 2.週5～6日	☒ 3.週3～4日
☒ 4.週1～2日	☒ 5.月1～3日	☒ 6.月1日未満
☒ 7.やめた	☒ 8.飲む習慣なし	

上記〔1～6〕に記入した方へ、1日あたりの飲酒量は日本酒何合分ですか？

☒	1合未満	☒	2合未満	☒	3合未満
☒	5合未満	☒	5合以上		

●ビール(5度) 500ml ●焼酎(25度) 110ml

- ワイン
- 缶チ...

該当す

該当するところに ✓ を記入してください。
 は数字を右づめで記入してください。

女性の方で、
子宮頸がん検診または乳がん検診を受診される方は、
(11) 欄の記入をお願いします。

☒ 朝食を抜くことが週3回以上ある

☒ 睡眠で十分な休養がとれていない

・朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取している
☒ 毎日 ☒ ときどき ☒ ほぼ摂取しない

・食べる速さはほかの人と比べて

☒	速い	☒	普通	☒	遅い
-------------------------------------	----	-------------------------------------	----	-------------------------------------	----

- ・食事をかんで食べる時の状態は
 - ☒ なんでもかんで食べることができる
 - ☒ 歯や歯ぐき、かみ合わせなどが気になり、かみにくいことがある
 - ☒ ほとんどかめない

・運動や生活習慣を改善しようと思いますか？
☒ 思わない

☒	改善するつもり(概ね6ヶ月以内)
☒	改善するつもり(概ね1ヶ月以内)
☒	すでに改善している(取り組み6ヶ月未満)
☒	すでに改善している(取り組み6ヶ月以上)

・生活習慣改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか？
☒ はい ☒ いいえ

									0	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

・現在、たばこを習慣的に吸っていますか？（加熱式たばこも含む）

☒ もともと吸わない
☒ 過去に吸っていた
☒ 吸っている

CI()
 1日平均 本 冊

「過去に吸っていた」方はご記入ください

やめた
年 齢

やめたのは
何年前

「吸っている」方はご記入ください

禁煙したいと思っていますか？

☒ はい ☒ いいえ

たばこの種類について

☒ 紙巻 ☒ 加熱式

価を受ける方へお聞きします

☒	ない	☒	ある
☒	ない	☒	ある

不明 除菌を実施した年は？

1.昭和
2.平成
3.令和

受けない方のみご記入ください。

☒ 既に受けた

妊娠中または、妊娠の可能性ありますか？ ☒ はい ☐ いいえ

今日は月経中ですか？ ☒ はい ☒ いいえ

最近の月経は

□	□	月	□	□	日から	□	□	日間
---	---	---	---	---	-----	---	---	----

☒ 順調 ☐ 不順

閉経している方

自然閉経  歳 術後閉経  歳

健診機関記入欄

記入不可

妊娠・出産について

出産 回

帝王切開 () 回

最終出産年齢 () 歳

妊娠 () 回

子宮頸がんの予防ワクチン(HPVワクチン)を接種したことがありますか？ ☒ ある ☒ ない

該当するものすべてに✓点をつけてください。

☒	不正性器出血	26	☒	おりものが気になる	27
☒	月経以外の下腹部・腰部の痛み	28	☒	乳房のしこり	29
☒	乳房の痛み	30	☒	乳房の湿疹	31
☒	その他 ()	99			

乳房を意識する生活習慣「ブレスト・アウェアネス」について

・「プレスト・アウェアネス」を知っていますか？
☒ 知っている ☒ 知らない

・乳房の自己検診や定期的に乳がん検診を受ける等行動していますか？
☒ している ☒ していない