

個人情報の取り扱いに関する同意および健診を安全に受けていただくための問診票



フリガナ
氏名

1 3

受付番号

個人情報は厳重に管理保管の上、法令その他の規範を遵守し、個人情報保護方針に基づいて細心の注意を払い取り扱っております。皆様の個人情報は、健康診断業務を円滑に進めるためや、健康管理や精度管理などを適切に行うため、法令の規定による場合に、提供または委託することがあります。また、健康診断の結果は委託元(市町村・事業所保険組合など)へ報告することがあります。

個人情報保護方針、利用目的、第三者提供、外部委託の詳細については、当法人ホームページおよび健診会場に掲示しております。
<https://www.yamagata-yobou.jp/summary/policy/>



個人情報取り扱い事項について 同意します 同意しません

本日受診される の検診について、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のうえ、ご提出ください。
※この用紙は機械で読み取りますので、折り曲げたりしないようにしてください。

◆禁忌事項に該当する方は 胃がん検診(Ⅴ種検査)

胸部X線 穿孔の既往がある
◆禁忌事項

妊娠中また

個人情報の取り扱いに関する同意の
(委託元への結果提供同意)

説明をお読みになり、必ず記入してください。

乳がん

◆禁忌事項

- 1) ペースメーカー・CVポート・植込型心電計を装着している
- 2) V-P (脳室-腹腔) シヤントを装着している

- 3) 胃がん検診を受診し、アレルギー症状をおこしたことがある
- 4) 膵臓病の既往がある
- 5) 膵臓炎の既往がある
- 6) 血液透析等で医師から水分制限を受けている
- 7) 誤嚥性肺炎の既往がある

本日受診される の検診について、記入してください。
(当日お申込みの場合も記入してください。)

◆禁忌事項・注意事項について

「はい」「いいえ」のどちらかに✓を記入してください。

胃がん検診「注意事項」は該当項目に✓を記入してください。

胃がん検診「注意事項」に該当する項目がある場合、署名ください。

はい いいえ

体脂肪測定

◆禁忌事項

医用電気機器を装着している

(例：ペースメーカー・植込型心電計・人工内耳)

はい いいえ

胃がんリスク評価

◆次の項目に該当した場合は、受診できません

- 1) 明らかな上部消化器症状のある方
- 2) 食道、胃、十二指腸疾患で治療中の方
- 3) 胃酸分泌抑制薬(プロトンポンプ阻害薬)服薬中もしくは2ヶ月以内に服用していた方
- 4) 胃切除をされた方
- 5) 腎不全の方(目安としてクレアチニン3.00mg/dl以上)
- 6) ヘリコバクターピロリ菌の除去治療歴のある方

上記について該当する項目がある はい いいえ

膵臓炎の既往がある

大腸憩室がある

嚥下障害があって飲み込みが悪く、むせやすい

脳や咽頭の病気などで、飲み込みが悪い

排便困難や腹部膨満などを感じるほどの便秘症である

四肢の麻痺や疼痛の症状が強い

体位変換(寝返り)が困難である

授乳中である

上記について該当する項目がある はい いいえ

該当する項目がある場合、消化管穿孔や腸閉塞、誤嚥による肺炎等重篤な合併症を起こすことがあります。

胃がん検診の注意事項に該当する項目がありますが、リスクを了承し、検査を受診します

署名

血圧脈波検査・肝炎ウイルス検査を希望される方および
職場の健診を受ける方は、裏面もご記入ください。

血圧脈波検査

◆**禁忌事項**

- 1) 出血傾向
 - 2) 動脈瘤
 - 3) 血管狭窄
 - 4) 下肢静脈瘤
 - 5) 深部静脈血栓症
 - 6) リンパ浮腫
 - 7) その他血液のうっ滞、血栓及び末梢循環障害を生じる可能性がある病気
- 上記について該当する項目がある はい いいえ

□**確認事項**

- 該当なし
- 乳がん手術歴 左 右
- 人工透析シャントのある腕 左 右
- 化膿性疾患及び外傷などがある 左腕 右腕
 左足 右足

肝炎ウイルス検診【問診票】

- 1) 肝臓病にかかったことや肝機能が悪いと言われたことがありますか？ はい ()年頃 いいえ
- 2) 過去に大きな外科的処置や妊娠、分娩時に多量に出血したことがありますか？ はい いいえ
↳ 定期的に肝機能検査を受けていますか？ はい いいえ
- 3) これまで、C型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか？ はい ()年頃 いいえ わからない
- 4) これまで、B型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか？ はい ()年頃 いいえ わからない
- 5) 現在または過去に、C型肝炎の治療を受けていますか？ はい ()年頃 いいえ わからない
- 6) 現在または過去に、B型肝炎の治療を受けていますか？ はい ()年頃 いいえ わからない
- 7) 下記の肝炎ウイルス検査の目的等について理解したうえで、肝炎ウイルス検査を希望しますか？
 - C型肝炎ウイルス(HCV抗体)検査について 希望する 希望しない 署名 _____
 - B型肝炎ウイルス(HBs抗原)検査について 希望する 希望しない 署名 _____

肝炎ウイルス検査について

ウイルス性肝炎は、肝炎ウイルス(C型肝炎ウイルス、B型肝炎ウイルス)に感染して、肝臓の細胞が壊れていく病気です。この病気になると、徐々に肝臓の機能が失われていき、肝硬変や肝がんに至ることもあります。肝炎ウイルスの感染者は国内に350万人いると推測され、国内最大の感染症とも言われています。肝炎ウイルスの感染経路は様々であり、本人の自覚なしに感染している可能性がありますので、早期に感染を発見し適切な治療を行うために、まずは肝炎ウイルス検査(血液検査)を受けましょう。

職場の健診を受ける方への質問項目

- 1) これまでに、重量物の取扱いの経験がありますか？ はい いいえ

2)

3) 本日受診される の検診について、記入してください。

4) (当日お申込みの場合も記入してください。)

5)

6) ◆**禁忌事項の項目について**

7) 「はい」「いいえ」のどちらかに✓を記入してください。

8)

9) ◎**禁忌事項に該当する場合は受診できません。**

◆**肝炎ウイルス検査をご希望の方は、質問事項の該当項目に✓を記入し、2か所に署名ください。**

□

◆**「職場の健診を受ける方への質問項目」に●がついている方は全て記入してください。**

【職業選択】

- ※職業
- 農林
- 事務
- 業/石油
- 業/業務
- 倉庫業/

種商品小売業/織物・衣服・身の回り品小売業/飲料食品小売業/機械器具小売業/無店舗小売業 ●サービス:廃棄物処理業/自動車整備/機械修理業/職業紹介・労働者派遣業/政治・経済・文化団体/宗教/外国公務/洗濯・理容・美容・浴場業/娯楽業/宿泊業/飲食店/持ち帰り・配達飲食サービス業/金融・保険業/協同組合 ●その他:無職/学生・主婦等

- と夜勤両方) 10時間以上
- 6日間以上

術・開発研究機関
司関連業/化学工
産用機械器具製造
業/航空運輸業/
械器具卸売業/各