



ご持参いただくものに関するご注意とお願い

- ①問診票・質問票は必ず事前にご記入ください。
- ②受診券（利用券）等をお持ちの方は、必ず当日ご持参ください。

当日お持ちいただくもの

- 健康保険証
- 問診票・質問票



健診前のご注意

健診当日の**朝食以降**は制限がございます。注意事項をご確認の上、ご受診ください。

飲食の詳細	健診当日、朝食後から健診終了まで	
食事	絶食 ※朝食はお早めにお済ませください。 あめ・ガム・タバコもご遠慮ください。	
水分	お水のみ摂取可 水以外のお飲み物は飲まないでください。	
お酒	禁酒	
お薬	服用可能 治療中のお薬の服用につきましては、 事前に主治医にご相談ください。	<ul style="list-style-type: none"> ● 血圧・心臓病・抗けいれん剤の薬は少量の水で服用してください。 ● 糖尿病治療中の方は昼のインスリン注射および血糖降下剤を服用しないでください。



女性の方で以下に該当する方は、当日必ず問診時にお申し出ください。

- ・現在妊娠中の方もしくは妊娠の可能性のある方
* 不妊治療中の方は事前に主治医にご相談ください。（X線検査を受ける方のみ）



その他

- ・採尿は当日こちらに来られた際におこないます。
- ・健診当日は、健診着1枚にお着替えいただけます。
ボタンのない無地のTシャツを着ていただいても構いません。
- ・当センターでは喫煙場所を設けておりません。

個人情報について ※問診票・質問票にご記入いただく事項は、健診の実施に関する目的以外には使用いたしません。

その他詳しくはホームページをご覧ください。

問診票・質問票

										1	2
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	---

ご受診日
年 月 日 (曜)

受付時間 13:00 ~ 13:30

※ご変更される場合は必ずご連絡をお願い致します。
注意事項・ご持参いただくものにつきましては裏面をご確認ください。

血液検査(血糖検査・中性脂肪)がある方へ(ご注意)

飲食直後(3.5時間未満)の場合は、検査ができません。必ず問診票に記載されている注意事項を守ってご受診ください。なお、状況によっては、受診日の変更をお願いする場合がございますので、よろしくお願いたします。
ご不明な点等がございましたら、お問い合わせをお願いいたします。



太枠内をご記入ください。

※印の欄(細枠内)は記入しないでください。

※受診No.		※コース	
お名前(フリガナ) 様		生年月日 S・H 年 月 日 年齢 才 (男・女)	
ご住所 〒 -		TEL -	携帯 -
勤務先名 TEL - -	健康保険証の記号番号(必ずご記入ください)		
	記号	番号	本人 配偶者 被扶養者
当センター受診歴	初めて	以前も受診した	保険者名称 保険者番号
※ 1. 便(1本-2本) 2. 面接 3. 婦人科(子宮・乳触・乳房エコー・マンモ) 4. 喀痰			
※ 1. 食後 h () ※その他			
※ <input type="checkbox"/> 食後10時間以上		<input type="checkbox"/> 食後3.5時間以上10時間未満	<input type="checkbox"/> 食後3.5時間未満 FBS・HbA1c・両方



一般社団法人 山口総合健診センター

〒754-0002 山口県山口市小郡下郷1773-1
TEL: 083-972-4325 / FAX: 083-972-3367
URL: <https://www.y-kenshin.or.jp>
E-mail: info@y-kenshin.or.jp

山口総合健診センター | 検索

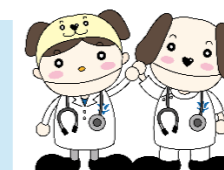


公式LINE



公式 Instagram

山口総合健診センターの最新情報が手に入る！
LINEからは予約も可能



問診票 ※口枠よりはみ出さないようにご記入をお願いします。

1 職業について *該当するものに☑を付けてください。

1. 職業の種類
 会社員 自営業 農業 無職 専業主婦 その他

2. 具体的な仕事の内容と勤続年数を書いてください。

1. 仕事の内容 [] 2. 勤続年数 [88 年 88 か月]

2 婦人科について *女性の方のみ☑を付けてください。

1. 現在妊娠および妊娠の可能性はありますか？ はい いいえ
 2. 生理中ですか？ はい いいえ 閉経した

3 ご家庭の既往歴について *該当する方のみ☑を付けてください。

血縁者ががんにかかりましたか？ 祖父母 父母 きょうだい おじ、おば

4 あなたの既往歴について *該当する病名欄に状況・発症年代をご記入ください。

- 「☑」：指摘のみ（治療なし）※状況・年代は不要。
- 「2」：治療した」「3」：手術した」過去にかかったことのある病気で、現在は治っているもの。
- 「4」：治療中」現在、医療機関で内服・注射等の治療を受けている。
- 「5」：経過観察中」現在、医療機関で数か月から年に一回程度、定期的な検査・指導を受けている。

コード	年代	コード	年代
1	10歳未満	5	40代
2	10代	6	50代
3	20代	7	60代
4	30代	8	70歳以上

病名	指摘のみ	状況	年代	病名	指摘のみ	状況	年代	病名	指摘のみ	状況	年代	病名	指摘のみ	状況	年代
脳卒中(脳梗塞・脳出血)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		膀胱炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		気管支喘息	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
高血圧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		前立腺肥大	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		胆石	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
心臓病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		胃潰瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		肝臓病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		その他胆のう疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
心電図異常	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		胃ホリブ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		B型肝炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		脾臓病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
高脂血症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		十二指腸潰瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		C型肝炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		貧血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
痛風(高尿酸血症)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		大腸病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		肺結核	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		甲状腺疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
緑内障	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		大腸ホリブ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		肋膜炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		婦人科系疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
白内障	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		痔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		肺炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		リウマチ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
その他眼疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		腎臓病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		右胸心	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
中耳炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		尿路結石	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		自然気胸	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

現在治療中の方は病院名を記入ください。 []

ピロリ菌の検査を受けたことがありますか？

いいえ はい 陰性 陽性 8年代 除菌成功 除菌失敗 未確認

5 身体状況について *現在気になる症状があれば、当てはまる症状に☑を付けてください（過去は不要です）。

- 気になる症状なし
- 視力の低下
 - 眼のかすみ
 - 耳鳴り
 - せき
 - たん
 - 息切れ
 - 胸の抑えつけ・締めつけ
 - 動悸
 - 手足、顔のむくみ
 - 脈の乱れ
 - 食欲がない
 - 吐き気
 - 空腹時の胃の痛み
 - 血便
 - 下痢
 - 便秘
 - 排尿回数が多い
 - 残尿感
 - 口、喉の渇き
 - 皮膚のかゆみ
 - 急にやせた (kg)
 - 急に太った (kg)
 - 体のだるさ
 - いらいらや不安
 - 寝つきの悪さ
 - めまい
 - 頭痛
 - 肩こり
 - 腰痛
 - 手足の関節のはれ、痛み
 - 手足のしびれ
 - その他

6 気をつけている食事療法について

塩分制限 糖質制限 脂質制限 飲酒制限 カロリー制限 その他 [] 何もしていない

7 運動の頻度について

ほとんど毎日 週2~3回 週1回 月2~3回 月1回 時々 ほとんどしない

あなたの健診日： 年 月 日 No. [] [] [] [] [] [] [] []

お名前：

質問票

	現在、aからcの薬の使用（服用）していますか。※①	▼ご回答ください。	
1	a. 血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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りますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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りますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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）を受けていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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 条件1：最近1か月間吸っている 条件2：生涯で6か月以上吸っている、又は合計100本以上吸っている	<input type="checkbox"/> ①はい（条件1と条件2を両方満たす）	<input type="checkbox"/> ②以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない（条件2のみ満たす） <input type="checkbox"/> いいえ（①②以外）
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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年以上実施していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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ますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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ですか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
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。	<input type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる	<input type="checkbox"/> かみにくいことがある <input type="checkbox"/> ほとんどかめない
14	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
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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
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。	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 殆ど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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"/> 月に1~3日 <input type="checkbox"/> 月に1日未満 <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 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・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・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
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 改善するつもりはない	<input type="checkbox"/> 改善するつもりである（概ね6ヶ月以内） <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる（6ヶ月未満） <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる（6ヶ月以上）
22	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"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

※①医師の診断・治療のもとで服薬中の者を指します。