

特定健康診査 問診票

記入日 令和 年 月 日

フリガナ							
氏名				性別	男 ・ 女		
生年月日（年齢）	大・昭・平	年	月	日	（ 歳）		
住所	〒						
電話番号	（自宅）			（携帯）			

1. 自覚症状について、下記の項目に✓を入れて下さい。

- | | | | |
|--|----------------------------------|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 特になし | <input type="checkbox"/> 疲れやすい | <input type="checkbox"/> 頭痛 | <input type="checkbox"/> むくみ |
| <input type="checkbox"/> めまい | <input type="checkbox"/> 立ちくらみ | <input type="checkbox"/> 難聴
<small>ナンチョウ</small> | <input type="checkbox"/> 耳鳴り |
| <input type="checkbox"/> 目のかすみ | <input type="checkbox"/> 目の奥の痛み | <input type="checkbox"/> 視野が欠ける | <input type="checkbox"/> 首や脇の下のしこり |
| <input type="checkbox"/> 痰 <small>タン</small> に血が混ざっている | <input type="checkbox"/> 息苦しい | <input type="checkbox"/> 動悸 | <input type="checkbox"/> 息切れ |
| <input type="checkbox"/> 脈が乱れる | <input type="checkbox"/> 胸の痛み | <input type="checkbox"/> 胸のしめつけ感 | <input type="checkbox"/> 胸やけ |
| <input type="checkbox"/> 胃もたれ | <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 便が細い |
| <input type="checkbox"/> 黒い便が出る | <input type="checkbox"/> 血便が出る | <input type="checkbox"/> 尿が出にくい | <input type="checkbox"/> 尿の回数が多い |
| <input type="checkbox"/> 腰痛 | <input type="checkbox"/> 手足のふるえ | <input type="checkbox"/> 手足のしびれ | <input type="checkbox"/> 睡眠時のいびき |
| <input type="checkbox"/> 睡眠時の無呼吸 | <input type="checkbox"/> 日中の強い眠気 | <input type="checkbox"/> 睡眠時に何度も起きる | |
| <input type="checkbox"/> ストレスを感じている | <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |

*以下は女性の方のみお答えください。

- | | | | |
|---|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 強い月経痛 | <input type="checkbox"/> 月経不順 | <input type="checkbox"/> 乳房のしこり | <input type="checkbox"/> 乳頭から分泌物がある |
| <input type="checkbox"/> 月経中 | <input type="checkbox"/> 月経前後 | | |
| <input type="checkbox"/> 妊娠中またはその可能性がある | | | |

2. 現在治療中（経過観察中を含む）の病気があれば、以下にご記入下さい。

病名 : _____

治療開始年齢 : _____

医療機関名 : _____

治療状況 : 定期治療中 不定期治療中 中断・放置 定期検査のみ

3. 現在は治療や通院はしていないが、過去にかかった病気や受けられた手術がありましたら、下記の項目に✓を入れて頂き、発病された年齢もご記入下さい。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 特になし | <input type="checkbox"/> 高血圧症（ 歳） |
| <input type="checkbox"/> 肝臓病（ 歳） | <input type="checkbox"/> 高コレステロール血症（ 歳） |
| <input type="checkbox"/> 心臓病（ 歳） | <input type="checkbox"/> 糖尿病（ 歳） |
| <input type="checkbox"/> 結核（ 歳）
<small>ケツカク</small> | <input type="checkbox"/> がん（ 歳） |
| <input type="checkbox"/> 手術（ ）（ 歳） | <input type="checkbox"/> その他（ ）（ 歳） |

4. 当院では特定保健指導を行っていないため、その対象となった場合は、特定保健指導実施施設に対して個人情報及び健診結果を提供する必要があります。

特定保健指導の対象となった場合の、個人情報及び健診結果の提供について同意されますか？

- 同意します 同意しません