

人間ドック受診質問票

住 所			
フリガナ		生 年 月 日	
氏 名			
被保険者番号		性 別	

以下について、太枠内の質問及び署名欄にすべて記入いただきますようお願いいたします。（質問選択するものには「○」をご記入ください）

	質 問 項 目	回 答		
1	現在、次の薬を服用されていますか？			
a	血圧を下げる薬	はい・いいえ		
b	血糖を下げる薬又はインスリン注射	はい・いいえ		
c	コレステロールや中性脂肪を下げる薬	はい・いいえ		
2	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？	はい・いいえ		
3	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？	はい・いいえ		
4	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？	はい・いいえ		
5	現在、たばこを習慣的に吸っている。 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者)	はい・いいえ		
6	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会（市が実施する健康教室、個別相談等）があれば、利用しますか？	はい・いいえ		
7	上記の質問事項以外に、これまで治療をしたことのある病気はありますか？(複数回答可)	①高血圧	②低血圧	③不整脈
		④脂質異常症	⑤高尿酸血症	⑥腎不全以外の腎疾患
		⑦糖尿病	⑧肝臓病	⑨胃・十二指腸潰瘍
		⑩うつ	⑪骨粗しょう症	⑫特になし
8	右記の症状について、該当するものはありますか？(複数回答可)	①胸部圧迫感	②動悸	③目まい・立ちくらみ
		④不眠	⑤肩こり・腰痛	⑥いつも調子が悪い
		⑦息切れ	⑧頭痛・耳鳴り	⑨お腹が張っている
		⑩下痢気味	⑪便秘気味	⑫手足のしびれ感
		⑬下痢と便秘	⑭痔の傾向	⑮特になし

【署名欄】

私は、加東市が国に特定健康診査に係る受診率を報告及び保健指導の目的の範囲内で個人情報を使用することに同意いたします。

令和 年 月 日

受診者名 _____