

健康診断受診調査票(東振協用)

氏名

男

年齢

記入月日

年

月

日

※フリガナは必ずご記入ください。

生年月日 □昭 □平 □西暦

年 月 日

女

〒 - 現住所	企業名 ※店舗・支店名までご記入ください。
連絡先 (自宅) - - (携帯) - -	浜通り医療生活協同組合に加入していますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 同居家族が加入 <input type="checkbox"/> 不明

健診結果 送付先	〒 - 担当部署・担当者:
	※ 健診結果送付は勤務先になります。勤務先情報を記載して下さい (電話) - -

事前 確認	事業主・健保組合依頼の健診については、結果を依頼主または健保組合へ報告いたします。 <input type="checkbox"/> はい
	健康診断の結果に異常があった場合、ご家族も含めて連絡してよろしいですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	採血時に具合が悪くなったことはありますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	女性のみ 生理中ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 妊娠の可能性は <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

質問項目		回答 <input type="checkbox"/> チェック	質問項目		回答 <input type="checkbox"/> チェック
1	血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	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
2	インスリン又は血糖を下げる薬	<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する頻度	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない
3	コレステロールを下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	<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)にかかっていると言われたり、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	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、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があったが、最近1年以上酒類を摂取していない状態	<input type="checkbox"/> 毎日
5	医師から、心臓病(狭心症・心筋梗塞等)にかかっていると言われたり、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			<input type="checkbox"/> 週5~6
6	医師から、慢性の腎不全にかかっていると言われたり、治療(人工透析)を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			<input type="checkbox"/> 週3~4
7	医師から、貧血と言われたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			<input type="checkbox"/> 週2~1
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか？ ※「習慣的」とは、①最近1か月間吸っている。②生涯で6か月間以上吸っている。または合計100本以上吸っている。①と②どちらも満たす状態	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 吸っていたが最近1ヶ月吸っていない			<input type="checkbox"/> 月1~3
					<input type="checkbox"/> 月1未満
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	<input type="checkbox"/> やめた		
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	<input type="checkbox"/> 飲まない 飲めない		
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	19	一日あたりの飲酒量はどれくらいですか。 日本酒1合(15度180ml)の目安： ビール(6度500ml) 焼酎(25度110ml) ウイスキー(43度60ml) ワイン(14度180ml) 缶チューハイ(5度500ml)	<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合以上
12	ほぼ同じ年齢の同性の方と比較して歩く速度が速いと感じていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	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
13	食事をかんで食べる時の状態	<input type="checkbox"/> 何でもかんで食べられる <input type="checkbox"/> 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分がありかみにくいことがある <input type="checkbox"/> ほとんどかめない	21	運動や食生活などの生活習慣を改善してみようと思いませんか？	<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(おおむね6ヶ月以内には)
					<input type="checkbox"/> 近いうち(おおむね1ヶ月以内には)するつもりであり、少しずつ始めている
14	人と比較して食べる速度が速いですか？	<input type="checkbox"/> 早い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 遅い	<input type="checkbox"/> すでに改善に取り組んでいる(まだ6ヶ月未満)		
			<input type="checkbox"/> すでに改善に取り組んでいる(6ヶ月以上経過)		
			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

裏面の質問にお答えください。

自覚症状質問

現在、気になる症状があれば、下の表からコードを選んで番号を記入してください。

自覚症状	症状	症状	症状

コード	自覚症状	コード	自覚症状	コード	自覚症状
1	いらいらする、不安を感じる	13	手足がむくむ	24	下腹部が張ったり痛みを感じる
2	眠れない	14	息切れがする	25	便秘する
3	頭が痛い、重い	15	動悸や脈の乱れがある	26	下痢する
4	身体が疲れやすい、だるい	16	胸の痛み、違和感、締め付けられる様な感じがする	27	便に血が混じる
5	のどが渇く			28	尿の出が悪くなった
6	やせてきた	17	咳や痰がでる	29	尿の回数が多い
7	太ってきた	18	吐き気がある	30	排尿時に違和感がある
8	目が疲れたり、かすんだりする	19	食欲がない	31	背中や肩が張る
9	めまいや立ちくらみがある	20	胸やけ、胃がもたれる	32	腰痛がある
10	耳が聞こえにくい	21	食物が飲み込みにくい	33	関節痛がある
11	耳鳴りがする	22	空腹時にみぞおちが痛むことがある	34	皮膚にできものが出やすい
12	手足がしびれる	23	食後にみぞおちが痛むことがある		

既往歴質問

これまでにかかった大きな病気や治療中の病気はありますか。あれば、病名・年齢・転帰を右下の例にならって記入してください。

既往歴	病名	年齢	転帰	病名	年齢	転帰

コード	病名	コード	病名	コード	病名
1	脳腫瘍	23	心室中隔欠損症	45	前立腺がん
2	脳梗塞	24	心臓弁膜症	46	前立腺肥大
3	クモ膜下出血	25	不整脈	47	高脂血症
4	脳出血	26	食道がん	48	糖尿病
5	一過性脳虚血発作	27	胃がん	49	血液疾患
6	緑内障	28	胃潰瘍	50	貧血
7	白内障	29	胃ポリープ	51	痛風・高尿酸血症
8	糖尿病性網膜症	30	十二指腸潰瘍	52	神経痛
9	その他の眼科疾患	31	大腸がん	53	うつ病
10	甲状腺機能低下症	32	大腸ポリープ	54	扁桃腺炎
11	甲状腺機能亢進症	33	虫垂炎	55	子宮頸がん
12	結核・胸膜炎	34	痔	56	子宮体がん
13	肺がん	35	胆石症	57	卵巣嚢腫(腫瘍)
14	肺線維症	36	胆のうポリープ	58	子宮内膜症
15	肺気腫	37	慢性膵炎	59	子宮筋腫
16	気管支ぜんそく	38	肝がん	60	子宮細胞診異常
17	気管支拡張症	39	B型肝炎	61	乳がん
18	慢性気管支炎	40	C型肝炎	62	乳腺症
19	高血圧	41	肝硬変	63	更年期障害
20	狭心症	42	腎炎・ネフローゼ	64	関節リウマチ
21	心筋梗塞	43	腎結石		
22	心房中隔欠損症	44	尿路結石		

コード	転帰(病気の進行した、その結果のこと)
A	手術後、薬剤治療中
B	手術後、薬剤なし受診中
C	内視鏡下切除後薬剤治療中
D	内視鏡下切除後薬剤なし受診中
E	薬剤治療中
F	薬剤なし受診中
G	手術後、治療終了
H	内視鏡下切除後治療終了
I	治療終了
J	放置、あるいは治療中断

<例>

40歳で胃潰瘍になり、薬剤治療中の場合

既往歴	病名	年齢	転帰
	28	40	E

家族歴質問

ご家族の方で下記の病気にかかったことがあれば、続柄・病名を例にならって記入してください。

家族歴	続柄	病名	続柄	病名	続柄	病名

コード	続柄	コード	病名	コード	病名
A	父親	1	脳梗塞	10	大腸がん
B	母親	2	クモ膜下出血	11	肝がん
C	兄弟・姉妹	3	脳出血	12	前立腺がん
D	祖父母	4	肺がん	13	糖尿病
		5	高血圧	14	子宮頸がん
		6	狭心症	15	子宮体がん
		7	心筋梗塞	16	卵巣嚢腫(腫瘍)
		8	食道がん	17	乳がん
		9	胃がん		

<例>

父親が糖尿病、母親が高血圧の場合

家族歴	続柄	病名	続柄	病名
	A	13	B	5

※ この健康調査質問票は健康診断以外の目的では使用しません。