

健康診断を受診する際の注意事項

【受診票について】

当日ご持参下さい。
事前に署名欄（表面 右上）及び問診票（裏面）を必ず記入下さい。（記入見本参照）
鉛筆か黒のボールペンで記入をして下さい。

【飲食について】

午前 受診	食事：前日の夕食は午後 9 時までに済ませ、それ以降は絶食して下さい。 水分：検査 2 時間前までは 200ml（コップ 1 杯）程度の水は摂取していただいて構いません。 （夏場は脱水症状等防止のため、受付 1 時間前までに水に限り 100 ml 程度の摂取可） 糖分のあるものは控えて下さい。（ガムや飴、タバコなども口にしないで下さい。）
午後 受診	食事：受診される 3.5 時間前までに食事を済ませて下さい。 （採血がある方は、より正確なデータを取得するため、食後 10 時間空けることをお勧めします。） 胃部 X 線を受診される方は、食後 8 時間以上の絶飲食をお願いします。 水分：検査 2 時間前までは 200ml（コップ 1 杯）程度の水は摂取していただいて構いません。 （夏場は脱水症状等防止のため、受付 1 時間前までに水に限り 100 ml 程度の摂取可） 糖分のあるものは控えて下さい。（ガムや飴、タバコなども口にしないで下さい。）

【治療中の服用について】

薬の服用については必ず主治医の指示に従い、薬を服用して下さい。

- ・高血圧治療中の方・・・降圧剤投与を受けている方は検査当日も服用して下さい。
- ・糖尿病治療中の方・・・就寝前の薬は服用し、検査当日の朝は服用しないで下さい。（低血糖防止の為）
- ・その他、当日の体調によって薬を服用しても構いません。

【健診当日について】

項目	夜勤	定期	生活習慣	注意事項
胸部 X 線		●	●	・無地の T シャツをご用意下さい。（生地やデザイン・刺繍がある場合、撮影できない場合があります。） ※ 女性の方へ ・妊娠の可能性・妊娠されている方は、必ずスタッフへ申し出て下さい。 ・レントゲン車内で下着を外していただきます。（ノンワイヤーの下着でも、外していただく場合があります。）
胃部 X 線 （バリウム）			●	・当日の体調や血圧値・現病・既往歴によっては、検査を中止させていただく場合があります。 ※ 詳しくは、胃部 X 線検査の問診票の『胃透視（バリウム）検査を受診される方へ』をご確認下さい。 ・検査終了後に下剤をお渡ししますので、検査後すぐに服用し、バリウムが排泄されきるまで水分を多く摂って下さい。 ※ 女性の方へ ・妊娠の可能性・妊娠されている方は、必ずスタッフへ申し出て下さい。
便潜血			●	・便の採取は健診日の 2 週間前から可能です。 ・便の提出は健診日当日のみとなっております。（※後日提出することはできませんのでご注意ください。）
採血	●	●	●	※ 採血は安全に配慮して慎重に行っていますが、針を刺す医療行為であるため穿刺部位によっては、 稀に痛み・痺れ等のリスクを伴うことがあります。 ・本日体調不良の方、採血後に気分不良を起こしたことがある方は、あらかじめスタッフにお伝え下さい。 ・アルコール消毒に弱く、発赤・かぶれ等ある方は、必ずスタッフにお伝え下さい。 ・採血後は揉んだりせず、テープの上を 5 分間、圧迫止血をして下さい。 ・健診終了までに痛み・痺れ・内出血・腫れ等の症状がある方は、必ずスタッフへ申し出て下さい。 ・採血当日、なるべく腕に負担をかけるような作業・運動等は控えて下さい。負荷をかけてしまうと後日、痛み・痺れ・内出血・腫れ等が発生する可能性があります。これらの症状は通常であれば数週間かけて改善することが多いですが、悪化する様でしたら、お近くの整形外科等へ受診するようにして下さい。 その際の受診料等については、当法人では責任を負いかねますのでご了承下さい。
心電図	●	●	●	・手首・足首・胸部に電極を付けるため、ストッキングやタイツ・ボディースーツの着用は控えていただき、なるべく軽装で受診して下さい。
視力	●	●	●	・コンタクトレンズ・眼鏡を使用されている方は検査当日、必ず着用または持参して下さい。

問診票のご記入及び個人情報の取扱い・利用目的等の同意欄にご署名をお願いします。

1/3
※

1 1

問診票① ◆全項目記入必須◆

サテライトID

7 0 5 3 4



団体名	さんぶる株式会社
フリガナ	チュウキョウ サテコ
氏名	中京 さて子

<記入例>

● 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

当クリニックの個人情報の取り扱い・利用目的等に同意します。
(健康診断などに関する目的以外には利用しません。)

署名 中京 さて子

健診結果を企業主、保険者への報告にご同意いただけますか?
☒ 同意する ☐ 同意しない

◆ 自覚症状 : 現在気になっている症状があれば選択してください。

特になし ☒

胸やけ	☐	下痢をする	☐	動悸がする	☐	めまい	☐
胃がもたれる	☐	便秘がち	☐	息切れがする	☐	耳鳴り	☐
胃痛	☐	脈が乱れる	☐				
食欲がない	☐	胸部の痛み	☐				
下腹部が痛む	☐	関節痛	☐				
血便・黒色便	☐	ストレスがある	☐				

ご署名をお願いします (フルネーム)

又、下欄の健診結果を企業主及び保険者へ提出する事についてもチェックを入れてください。

※会社で行なう健診は「同意する」にチェックを入れて下さい。

◆ 現病歴 : 現在、病院(医院・クリニック)

特になし ☐

* 記入された病名につきましては報告書に掲載されます。 * 枠が不足する場合は何処に記入をされても問題ありません
* 複数の病名がある場合には病名欄に記入いただくか、その他欄にご記入ください。

病名(症状)	通院中	投薬中	病名(症状)	通院中	投薬中	病名コードを選択して下さい。
高血圧	☐	☒	循環器疾患 (心臓疾患など)	☒	☐	病名 () 4 0 4
糖尿病	☐	☐	脳疾患	☐	☐	病名 () 8 8 8
脂質異常症 (コレステロール・中性脂肪)	☐	☐	消化器疾患 (胃・肝臓・膵・大腸など)	☐	☐	病名 () 8 8 8
痛風・高尿酸血症	☐	☐	血液疾患	☐	☐	病名 () 8 8 8
アレルギー	☐	☐	腎臓疾患	☒	☐	病名 () 7 0 4
てんかん	☐	☐	泌尿器疾患 (前立腺を含む)	☐	☐	病名 () 8 8 8
透析	☒	☐	呼吸器疾患	☒	☐	病名 () 6 0 1
睡眠時無呼吸症	☐	☐	甲状腺疾患	☐	☒	病名 () 6 0 7
リウマチ	☐	☐	眼科疾患	☒	☐	病名 () 6 0 8
			婦人科疾患	☐	☐	病名 () 8 8 8

* 上記以外の病気で定期的に通院している場合は、病名を記入してください。

◆ 既往歴 : 過去に大きな病気

特になし ☒

ある (右欄に記入してください)

◆ 家族歴 : 血縁者の中に下記

特になし ☐

がん	☒	☐	☐
高血圧	☐	☒	☐
高脂血症	☐	☐	☐
病名(症状)	祖父母	父母	兄弟
糖尿病	☐	☐	☐



別紙：病名コード一覧表の番号を記入してください

病名に対しコード記入欄が足りない場合は

病名覧に取り消し線を引き、

病名コードを記入してください。

2/3
※

1 5

問診票② ◆特定問診記入必須◆

サテライトID

7 0 5 3 4



a 7 0 5 3 4 a

◆問診項目にご回答ください

現在、たばこを習慣的に吸っていますか。

はい ☒以前は吸っていたが、
最近1か月は吸っていない ☐

喫煙歴

2

0

年

1

0

本/日

いいえ ☐

お酒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者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者

毎日 ☐週5～6日 ☐週3～4日 ☐週1～2日 ☒月に1～3日 ☐月に1日未満 ☐やめた ☐飲まない（飲めない）人は
飲酒量は未記入

飲酒日の1日当たりの飲酒量

1合の目安：ビール（5度・500ml）、焼酎（25度・約110ml）、
ワイン（14度・180ml）、チューハイ（7度・350ml）1合未満 ☒1～2合未満 ☐2～3合未満 ☐3～5合未満 ☐

医師から、脳卒中（脳出血や脳梗塞等）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 ☐

医師から、心臓病（狭心症や心筋梗塞等）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 ☐

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 ☐

医師から、貧血といわれたことがある。

はい ☐いいえ ☒

20歳の頃から体重が10kg以上増加した。

20才以下の方は
チェックしないはい ☐いいえ ☒

就寝前2時間以内に食事をとることが週3回以上ある。

はい ☒いいえ ☐目安：10分以内
に食べ終わる

朝食を抜くことが週3回以上ある。

はい ☒いいえ ☐

人と比較して食べる速度が・・・

速い ☐普通 ☒遅い ☐

3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。

毎日 ☐時々 ☐しない ☒

食事をかんで食べる時の状態

何でもかんで食べることが出来る ☒かみにくいことがある ☐かめない ☐

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。

はい ☐いいえ ☒

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。

はい ☒いいえ ☐仕事・通勤時
も含む

ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。

はい ☐いいえ ☒

睡眠で休養が十分取れている。

はい ☒いいえ ☐

運動・食生活などの生活習慣を改善してみようと思いますか。（一つだけ選択）

改善するつもりはない ☐改善するつもりである（6か月以内） ☐近い内（1か月以内）に改善するつもりで少しずつ始めている ☐既に改善に取り組んでいる（6か月未満） ☒既に改善に取り組んでいる（6か月以上） ☐

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。

はい ☐いいえ ☐何れか1つ
チェック

◆ 粉塵作業歴の有無

溶接・研磨・粉砕作業など

あり ☒なし ☐

另リ糸氏

問診票用病名コード一覧表

*より正確に判定を行うため、問診票記入の際に下記の病名コードをご使用下さい。

種別	番号	病名	種別	番号	病名
脳疾患	11	脳梗塞	呼吸器疾患	606	COPD
	12	脳出血・くも膜下出血		607	喘息
	13	脳腫瘍		608	肺がん
	999	*その他		999	*その他
血液疾患	101	貧血	腎・泌尿器疾患	701	腎炎
	102	多血症		702	ネフローゼ
	103	白血病		703	腎臓がん
	999	*その他		704	慢性腎疾患
眼疾患	201	緑内障		705	前立腺疾患
	202	白内障		706	前立腺がん
	999	*その他		707	前立腺肥大