

# 人間ドック ご案内書

## ～人間ドックをお受けになる皆様へ～

この度は、人間ドックのご予約をいただきありがとうございます。

下記の注意事項をお読みになって、指定された時間に遅れないようご来院ください。

### 1. 注意事項

#### 【前日まで】

同封の緑の袋に入った細長い容器は、便潜血検査の容器です。

ドック前日までに4日以内の便を2本お取りいただき、当日ご持参ください。  
便容器に名前、採取日、時間をご記入ください。

便をとった容器は検体袋に入れて、冷暗所に保管し、当日ご持参ください。

前日の夕食は21時頃までにお済ませください。それ以降は少量のお水のみにしてください。

#### 【当日】

コンタクトレンズご使用の方は、コンタクトレンズのケースをお持ちください。

タバコはお控えください。

保険証、診察券(お持ちの方)、問診票(HPからダウンロードした資料)を必ずご記入の上、ご持参ください。

#### 内服薬について

毎朝、血圧・甲状腺の薬を服用されている方は、朝7時までに少量の水で内服してください。

糖尿病治療薬、胃薬は服用しないでください。

心臓病、脳梗塞の薬で抗凝固剤(血液をサラサラにする薬)を服用中の方は、

主治医に内服薬を中止する日時・再開する日時を確認してください。

内視鏡検査を受けられる方は、車・バイク・自転車での来院はご遠慮ください。

また組織検査を行った場合、外来会計(保険証使用)が発生しますのでご了承ください。

予約日にドックが受けられない場合には、早めにご連絡ください。

### 2. HPからダウンロードしていただくもの

・ 人間ドックを受ける方	WEB 資料 1 ~ 4	・ 脳ドックを受ける方	WEB 資料 13
・ 内視鏡検査(胃カメラ)を受ける方	WEB 資料 5 ~ 6	・ 婦人科健診を受ける方	WEB 資料 14
・ バリウム検査を受ける方	WEB 資料 7	・ 肺がん健診を受ける方	WEB 資料 15
・ 下部消化管検査を受ける方	WEB 資料 8 ~ 12		

### 3. ご予約時間に関して

ご予約時間は、8時15分となっていますが、健診内容によって多少異なりますので、詳細はご予約時にご確認ください。

# 問 診 表

この問診表は、健康づくり対策に役立てることを、目的としております。秘密は厳守いたしますので、率直にお答えください。

ふりがな		男	受診者番号		受診年月日	
氏名		女	生年月日	T・S・H	年	月
					日	年齢
住所						
自宅TEL		携帯TEL				
勤務先名称						
所在地	TEL					

自覚症状 該当するものに○をつけてください。	神経内科系	1 時々強い頭痛がある	耳鼻科系	1 最近耳が遠い
		2 時々めまいがする		2 耳鳴りがする
		3 手指がふるえる		3 鼻づまりする
		4 しゃべるのが不自由		4 最近声がかすれる
		5 歩くのが不自由		5 のどが痛む
		6 物忘れが多い		6 その他( )
		7 その他( )		
	呼吸器科系	1 咳がしやすい	皮膚科系	1 皮膚が弱く敏感
		2 痰がしやすい		2 日焼けしやすい
		3 息切れがする		3 おできがしやすい
4 血痰がでる		4 薬(内服・注射・軟膏・湿布薬)にアレルギーがある。薬品名( )		
5 胸や背中が痛む		5 その他( )		
6 ぜいぜいする		整形外科系		1 関節痛に悩んでいる(部位: )
7 その他( )				2 腰痛に悩んでいる
	3 その他( )			
循環器科系	1 時々胸が苦しくなる	眼科系	1 緑内障と言われたことがある	
	2 時々動悸がする		2 動脈硬化性網膜症がある	
	3 時々不整脈がある		3 高血圧性網膜症がある	
	4 その他( )		4 糖尿病性網膜症がある	
	5 その他( )			
消化器科系	1 食欲がない	その他	1 最近体重が減った、疲れやすい	
	2 時々腹痛がある		2 傷が治りにくい	
	3 胸やけがする		3 のどが渇き水分を多く取る	
	4 食物がつかえる		4 ちょっとぶつかっても出血斑がしやすい	
	5 下痢をしやすい		5 鼻・歯ぐきから出血しやすい	
	6 最近便秘がち	女性の み	1 生理不順がある	
	7 便に血が混じる		2 生理中に下腹部痛・腰痛がある	
	8 吐き気がする		3 不正出血・おりものに悩んでいる	
	9 腹がはる		4 妊娠中に異常(高血圧・むくみ・蛋白尿)	
	10 その他( )		5 乳房にしこりなどを感じる	
泌尿器科系	1 夜間頻尿(2回以上)がある	6 健診当日は生理中か、生理後2日以内である		
	2 残尿感がある	7 妊娠中または妊娠の可能性がある		
	3 尿がでにくい	8 その他( )		
	4 排尿時痛がある			
	5 血尿が出たことがある			
	6 尿が漏れる			
	7 その他( )			

当院ドッグ
初めて
( )年前

身体のことので気になることがあればご記入ください。

嗜好品	タバコ	アルコール	普段の運動習慣
	1 ・吸う ・吸わない ・やめた (ヶ月前) ( 年前)	1 ・飲む ・飲まない ・やめた (ヶ月前・ 年前)	1 普段どれくらい運動していますか ・している 週に( )回 ・していない
	2 1日の本数 ( )本	2 1日平均 酒( )合 ビール( )本 焼酎( )合ワイン( )杯 ウイスキー( )杯	2 どんな運動をしていますか
3 喫煙年数 ( )年			

職業	1 職種 専門・技術的職業 管理的職業 事務 販売	サービス業 保安職業 農林水産業 運輸・通信	技術的職業 主婦 その他 無職

2 作業程度 重労働 中程度 軽作業
-----------------------------

既往症(今までにかかった病気について)	該当するもの(疾患名・経過状態)に ○をつけて下さい	治療中	観察中	治った	手術	放置	発症年齢
		高血圧症					
	狭心症、心筋梗塞、不整脈						
	糖尿病						
	高脂血症						
	高尿酸血症(痛風)						
	貧血、リウマチ						
	食道炎・ポリープ						
	胃炎・ポリープ・潰瘍						
	十二指腸炎・ポリープ・潰瘍						
	大腸ポリープ・憩室炎						
	脂肪肝・のう胞・B、C型肝炎						
	胆のう炎・のう胞・ポリープ・結石						
	腎盂炎・のう胞・結石						
	前立腺肥大・尿路結石						
	子宮筋腫・ポリープ・卵巣のう胞・のう腫						
	乳腺腫瘍・のう胞・乳腺症						
	甲状腺腫瘍・のう胞・機能亢進、低下症						
	緑内障・白内障・網膜症						
	がん(部位: )						
	その他( )						
	手術( )、輸血 あり・なし						

家族歴	ご家族で下記の病気にかかったことがあれば をつけてください	実父	実母	祖父母	兄弟
	高血圧 糖尿病 高脂血症 脳卒中 心臓病 がん 結核 喘息 腎臓病				

家族構成	
1	既婚 独身
2	家族と同居 単身赴任 一人暮らし

体重の増減
あり( kg / 半年・1年)・なし

かかりつけの病院(医院)

現在内服している薬がありましたら、ご記入ください

ドッグ成績表の送付先
------------

自宅 ・ その他
----------

平成 年 月 日

氏名 様

採血時間 1. 10時間未満  2. 10時間以上

女性の方におたずねします。	1 健診当日は生理中か、生理後2日以内である	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	2 妊娠中または、妊娠の可能性がある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

1	現在、血圧を下げる薬を使用していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	現在、インスリン注射、又は血糖を下げる薬を使用していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	現在、コレステロールを下げる薬を使用していますか	<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）にかかっているとさ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）にかかっているとさ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、慢性の腎不全にかかっているとされたり、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
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
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか （最近1ヵ月間吸っており、合計100本以上、又は6ヵ月以上吸っている） * 吸う・以前吸っていた場合 □□□ 本/日 × □□ 年	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 以前吸っていた
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、歩く速度は速いですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
13	この1年間で、体重の増減が±3Kg以上ありましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
14	人と比較して、食べる速度は速いですか	<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	夕食後に間食（3食以外の夜食）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
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（清酒、焼酎、ビール、洋酒等）を飲む頻度はどの位ですか <input type="checkbox"/> 毎日飲む <input type="checkbox"/> 時々飲む	<input type="checkbox"/> ほとんど飲まない
19	1日当たりの飲酒量はどの位ですか 酒1合(180ml)= ビール中瓶1本(500ml) = 焼酎35度(80ml) = ウイスキーダブル1杯(60ml) = ワイン2杯(240ml)	<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
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(6ヵ月以内) <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6ヵ月未満) <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6ヵ月以上)	<input type="checkbox"/> 近いうちに(1ヵ月以内)改善するつもりで、少しずつ始めている
22	生活習慣の改善について、保健指導を受ける機会があれば利用しますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ