

# 生活習慣病予防健診 ご案内書

## ～生活習慣病予防健診をお受けになる皆様へ～

この度は、生活習慣病予防健診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。

健診前日までに4日以内の便を2本お取りください。

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)、健康調査票(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。

予約日に健診が受けられない場合には、早めにご連絡ください。

の項目につきましては、健保組合様によっては実施されない場合もございます。

### 2. HPからダウンロードしていただくもの

- ・生活習慣病予防健診をお受けになる方全員 WEB資料 1～3
- ・バリウム検査をお受けになる方 WEB資料 4
- ・子宮がん検診をお受けになる方 WEB資料 5

### 3. ご予約時間に関して

ご予約時間は、8時30分となっておりますが、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

平成 年 月 日

受診日

鎌ヶ谷総合病院 健康管理センター

この問診表は、あなたの健康づくりに役立てること、効果的な健康づくり対策に役立てることを目的としております。  
 秘密は厳守されますので、率直にお答えください。**当てはまる所にレ印または 印をいれてください。**

住所				電話番号				
氏名		生年月日 (年齢)		受診者番号				

現在(最近)、身体の調子の悪いところはありませんか?

<input type="checkbox"/> 01.息切れ	<input type="checkbox"/> 08.ふらつき	<input type="checkbox"/> 15.眠れない
<input type="checkbox"/> 02.呼吸困難	<input type="checkbox"/> 09.立ちくらみ	<input type="checkbox"/> 16.疲れやすい
<input type="checkbox"/> 03.動悸	<input type="checkbox"/> 10.咳・痰	<input type="checkbox"/> 17.胃もたれ
<input type="checkbox"/> 04.胸のしめつけや不快感	<input type="checkbox"/> 11.口渇	<input type="checkbox"/> 18.胃痛
<input type="checkbox"/> 05.尿が出にくい	<input type="checkbox"/> 12.下痢	<input type="checkbox"/> 19.胸やけ
<input type="checkbox"/> 06.残尿感	<input type="checkbox"/> 13.便秘	<input type="checkbox"/> 20.食べ物や水がつかえる
<input type="checkbox"/> 07.頻尿	<input type="checkbox"/> 14.血便	<input type="checkbox"/> 21腹痛、腹部の不快感
<input type="checkbox"/> 22.痛みやしびれがある (頭、胸、腹、肩、手、腰、膝、足、他 )		
<input type="checkbox"/> 99.その他 ( )		

既往歴(今までにかかった病気について)

該当するものにチェックをつけて下さい (疾患名にも をつけて下さい)	治療中	治った	観察中	手術した	放置	発症年齢	該当するものにチェックをつけて下さい (疾患名にも をつけて下さい)	治療中	治った	観察中	手術した	放置	発症年齢
01.眼疾患(緑内障・白内障)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13.胆のう疾患(胆石・胆のうポリープ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02.耳疾患(難聴)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14.腎疾患(腎盂腎炎・腎不全)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03.高血圧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15.泌尿器疾患(尿路結石・腎結石)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04.心臓病(狭心症・心筋梗塞)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16.消化器疾患(胃潰瘍・十二指腸潰瘍)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05.心臓病(弁疾患・不整脈)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17.腸疾患(痔・大腸ポリープ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06.脳疾患(脳血栓・脳梗塞・脳出血)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18.婦人科疾患(子宮筋腫・卵巣のう腫)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07.糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19.乳疾患(乳腺症)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08.高脂血症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20.前立腺疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09.痛風	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21.骨粗鬆症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.胸部疾患(結核・じん肺・気胸・肺炎)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22.貧血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.呼吸器疾患(ぜん息)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23.がん 部位( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.肝疾患(B,C型肝炎・脂肪肝)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	99.その他( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

家族歴	ご家族で下記の病気にかかった事があればチェックをつけて下さい	実父	実母	祖母	兄弟	ご家族で下記の病気にかかった事があればチェックをつけて下さい	実父	実母	祖母	兄弟
	01.高血圧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	04.腎臓病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02.糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	05.胆石・腎結石	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
03.高脂血症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	06.がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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
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
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
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	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
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
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