

健康診断問診票

藤沢総合健診センター

ふりがな		性別	血液型	生年月日			
氏名		男・女	ABO() Rh ()	大・昭・平 年 月 日			
自宅住所	〒 _____			自宅 ()			
				携帯 ()			
				日中連絡先()			
保険組合名		保険証記号		保険証番号		保険者区分	1. 被保険者 2. 被扶養配偶者 3. 被扶養家族
勤務先名				勤務支店名			
勤務先住所							

個人情報の取り扱いについて

※裏面の「個人情報の取り扱いに関する同意について」を御一読の上、ご提出頂いたすべての個人情報の取り扱いに

同意する 同意しない

女性の方にお伺いします

- ① 検査日現在、生理中ですか はい いいえ
 ② 検査日現在、妊娠中又は妊娠の可能性が有りますか はい いいえ わからない

I 既往歴・治療歴

今までにかかった病気の数字に○を記入し、年齢をご記入下さい。
 完治・観察中・治療中のいずれかにも○印をご記入下さい。

No.	疾患名	年齢	完治	観察中	治療中	No.	疾患名	年齢	完治	観察中	治療中	No.	疾患名	年齢	完治	観察中	治療中
1	特になし					21	胃切断術					41	腎性糖尿				
2	高血圧					22	慢性胃炎					42	甲状腺機能障害				
3	低血圧					23	胃腸系ポリープ					43	痛風(高尿酸血症)				
4	心筋虚血症					24	虫垂切除術					44	高脂血症				
5	狭心症					25	痔疾患					45	慢性関節リウマチ				
6	心筋梗塞					26	肝機能障害					46	椎間板ヘルニア				
7	不整脈					27	急性肝炎					47	骨折				
8	心雑音					28	慢性肝炎					48	アトピー性皮膚炎				
9	心臓弁膜症					29	肝硬変					49	白内障				
10	心臓手術					30	脂肪肝					50	緑内障				
11	脳疾患					31	胆石症					51	眼底出血				
12	てんかん					32	胆嚢切除術					52	レーシック等				
13	精神疾患					33	膵臓疾患					53	花粉症				
14	肺結核					34	蛋白尿					54	難聴				
15	胸膜炎					35	急性腎炎					55	手術経験				
16	肺炎					36	慢性腎炎					56	子宮筋腫				
17	喘息					37	腎・尿路結石					57	卵巣嚢腫				
18	肺切除術					38	貧血症					58	婦人科手術				
19	胃潰瘍					39	糖尿病					59	乳腺疾患()				
20	十二指腸潰瘍					40	境界型糖尿病										
その他																	

服用中の薬がある方

疾患名と薬品名をご記入下さい。

疾患名	薬品名

II ご家族の既往歴・治療歴

肉親の方(父母・兄弟姉妹・祖父母・叔父・叔母等)の中に次の様な病気にかかった方がいらっしゃる場合、該当する病名に○印をご記入下さい。

No.	疾患名	No.	疾患名	No.	疾患名	No.	疾患名
1	脳出血	3	心臓病	6	肝臓病	9	その他
2	高血圧症 (動脈硬化)	4	ガン	7	アレルギー疾患		
		5	糖尿病	8	結核		

Ⅲ 現在の自覚症状

現在の気になる症状に○印をご記入下さい。

1	特になし	16	喘息	31	胸やけ	46	肩こり
2	眼精疲労	17	くしゃみ	32	下痢	47	関節痛
3	視力低下	18	鼻詰まり	33	便秘	48	腰痛
4	眼痛	19	胸・背の痛み	34	血便	49	手足の腫れ・痛み
5	聴力低下	20	不整脈	35	血尿	50	頸・脊・腰椎変形
6	耳鳴り	21	動悸・息切れ	36	頻尿	51	神経痛
7	めまい	22	息苦しい	37	排尿・排便痛	52	慢性的な疲労
8	頭痛	23	肺・心臓の痛み	38	残尿感	53	不眠症状
9	立ちくらみ	24	体のむくみ	39	尿漏れ	54	イライラ
10	体のしびれ	25	手足の冷え	40	体重減少	その他	
11	咳・痰	26	冷え・のぼせ	41	体重増加		
12	血痰	27	食欲減退	42	じん麻疹		
13	頻度の咳払い	28	胃痛	43	発疹		
14	声のかすれ	29	吐き気・むかつき	44	皮下出血		
15	扁桃腺の腫れ	30	胃もたれ	45	皮膚のかゆみ		

Ⅳ 職業について

- ① 仕事内容()
 ② 労働時間 日数 : 週()日 時間 : 1日約()時間

Ⅴ 運動について

- ① 現在、運動習慣がございますか (はい・いいえ)
 ② 定期的に行う種目をご記入下さい ()
 ③ ②はどの位の頻度で行いますか (1週間・1ヵ月)に()回

Ⅵ 喫煙について

- ① 現在たばこを習慣的に吸っていますか (はい・いいえ)
 ※習慣的とは…合計100本以上、又は6ヵ月以上吸っていて、最近1ヶ月間も吸っている
 ② ①で「はい」と答えた方にお伺いします
 1日何本吸っていますか ()本 喫煙年数は何年になりますか ()年
 ※禁煙期間を除く、端数は6ヶ月以上を1年分とする

Ⅶ 過敏反応について

以下の症状をお持ちの方は薬品名をご記入下さい。

- ① 注射後又は服薬後、発疹が出た事がある (薬品名:
 ② 注射後又は服薬後、気分が悪化した事がある (薬品名:
 ③ 外用薬・貼付薬・目薬等でかぶれた事がある (薬品名:
 ④ 食物・その他のアレルギーがある (疾患名:

Ⅷ その他、健康上ご心配な事をご記入下さい。

特定健康診査問診票

藤沢総合健診センター

ふりがな		性別	生年月日		
氏名		男・女	大・昭・平	年	月 日 ()歳

下記のすべての質問にお答え下さい。

それぞれの質問について、当てはまる番号に1つだけ○をつけて下さい

	質問項目	回答
1	現在、血圧を下げる薬を使用している	1. はい 2. 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る	1. はい 2. いいえ
3	現在、コレステロールを下げる薬を使用している	1. はい 2. 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る	1. はい 2. 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る	1. はい 2. 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)を受けたことがある	1. はい 2. いいえ
7	医師から、貧血と言われたことがある	1. はい 2. いいえ
8	たばこの喫煙歴がある(現在たばこを吸っている方も含む)	1. はい 2. いいえ
9	現在、たばこを習慣的に吸っている ※習慣的とは…合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っていて、最近1ヶ月間も吸っていること	1. はい 2. いいえ
10	20歳の時の体重から10kg以上増加している	1. はい 2. いいえ
11	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している	1. はい 2. いいえ
12	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る	1. はい 2. いいえ
13	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い	1. はい 2. いいえ
14	この1年間で体重の増減が±3kg以上あった	1. はい 2. いいえ
15	人と比較して食べる速度が速い	1. 速い 2. ふつう 3. 遅い
16	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある	1. はい 2. いいえ
17	夕食後に間食(3食以外の夜食)をとることが週に3回以上ある	1. はい 2. いいえ
18	朝食を抜くことが週に3回以上ある	1. はい 2. いいえ
19	お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度	1. 毎日 2. 時々 3. ほとんど飲まない(飲めない)
20	飲酒日の1日当たりの飲酒量 ※清酒1合(180ml)の目安:ビール中瓶1本(約500ml)、焼酎35度(80ml)、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	1. 1合未満 2. 1~2合未満 3. 2~3合未満 4. 3合以上
21	睡眠で休養が十分とれている	1. はい 2. いいえ
22	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	1. 改善するつもりはない 2. 改善するつもりである(概ね6ヶ月以内) 3. 近いうちに(概ね1ヶ月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている 4. 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) 5. 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)
23	生活習慣病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	1. はい 2. いいえ

受診者の皆様へ

健康診断における個人情報の取り扱いに関する同意について

藤沢総合健診センター（以下、当センター）では、受診者の皆様からの信頼を第一と考え、皆様に関わる情報を正確、かつ機密に取り扱うことは、当センターにとって重要な責務であると考えております。そのために、皆様の個人情報に関する「個人情報保護方針」を制定し、受診者の皆様の個人情報の取り扱いについて、本方針ならびに医療関係法令等の規約等を遵守し、安全かつ厳密に管理してまいります。以下の利用目的等をよくご確認いただき、同意の上、お申込みいただきますようお願いいたします。

◆個人情報の利用目的

健康診断を通じ、疾病の早期発見・早期治療のみならず、健康度の確認および保健指導による健康管理・生活習慣の改善、検査精度の管理等を適切に行うため、以下のとおり個人情報を利用します。

1. 市町村・事業所・健康保険組合・所属団体等からの健康診断受託業務を行うため
2. 健康診断の予約・事前準備・受付・問診・検査・診察・判定・指導・結果報告・紹介状発行など
3. 健康診断の結果、精密検査や再検査が必要となった方への受診勧奨など
4. 健康診断に関するご請求や会計処理など
5. 検診精度の適切な管理を行うための調査、分析、精密検査結果や追跡調査等の把握管理など
6. 医療の質の向上を目的とした症例研究・学術研究（事業集計や各種統計処理含む）
7. お問い合わせへの対応
8. その他、管理運営業務や、当センターが取り扱う健康診断に関わるサービス等のご案内をする場合など

◆個人情報の提供

受診者の皆様の個人情報はあらかじめ同意を得ることなく、外部へ提供することはありません。ただし、法令の規定による場合や外部への検体検査の委託、健康診断業務を円滑に進めるため、また、受診者の皆様の健康管理や健康診断の精度管理などを適切に行うために、以下のとおり個人情報を提供または委託することがあります。

1. 他の病院、診療所、健康診断機関等との連携
2. 他の医療機関等からの精密検査や治療のための照会への回答
3. 健康診断委託元（市町村・事業所・健康保険組合など。以下、委託元）への結果報告
 - ・法の定めにより定期的に実施するとともに、皆様の委託元から関係官庁に皆様の健康状態を報告することが義務付けられております。委託元との契約に基づき、法定外の項目を追加する場合があります。
 - ・健診結果の送付に関して当センターは個人情報保護法に基づき、受診者様のご自宅へ郵送または窓口にてご本人の身分証明書を確認の上、手渡しのいずれかとしておりますが、委託元との取り決めによっては、委託元より定められた健康管理部署または担当者様へ適切に報告させていただきます。ただし、受診者様が個人的に受診した項目については、結果の送付はできません。また、契約以外の送付先への健康診断個人票の送付や複数枚発行をご希望される場合は、委託元へ別途「再発行手数料」や「転記手数料」を請求させていただきます。あらかじめご了承ください。
4. 健康診断委託元の医師（産業医）・保健師・衛生担当医等からの照会
5. 健康診断結果判定等のため、外部の医師等の意見・助言を求める場合
6. 外部監査機関や法令等の定めに基づき情報提供を求められた場合や届出など
7. 外部への委託

皆様への健診にあたり、必要な範囲において、一部または全部を提携医療機関や検体検査会社へ委託する場合があります。委託する場合は、個人情報の漏洩が起こらないように適切な業務委託先の選定や委託管理を徹底いたします。

◆個人情報の提供の任意性

個人情報のご提供はあくまで任意ですが、必要な個人情報の一部または全部をご提供いただけない場合は、適正な健康診断及び保健指導をご提供出来ない場合があります。

◇当センターの個人情報保護方針は、当センターのホームページで閲覧してください。

http://www.fujisawa-junten.or.jp/info/privacy_policy.html

◇開示対象個人情報の開示・訂正・削除・利用停止等、これらの問い合わせは下記窓口までお問い合わせください。

お問い合わせ窓口

〒251-0024 神奈川県藤沢市鵠沼橋1-17-11

医療法人社団 藤順会 藤沢順天医院 藤沢総合健診センター TEL:0466-23-3212 FAX:0466-29-5765