

健康診断問診票

検査当日に、受付へ提出ください。

ふりがな	生年月日
お名前	昭和 平成 年 月 日 (歳) 令和 西暦
ご住所：〒	-
電話番号：	

検査日： 年 月 日 ()	<input type="checkbox"/> 午前 9時 00分から <input type="checkbox"/> 午後 2時 30分から
----------------	--

結果送付先	：上記と異なる際には、以下へ記載ください。
〒	-

* 次の質問にお答えください。

1：これまでに、重量物の取扱いの経験がありますか。

 はい いいえ

2：これまでに、粉塵の取扱いのある業務経験がありますか。

 はい いいえ

3：これまでに、激しい振動を伴う業務経験がありますか。

 はい いいえ

4：これまでに、有害物質の取扱いのある業務経験がありますか。

 はい いいえ

5：これまでに、放射線の取扱いのある業務経験がありますか。

 はい いいえ

6：現在の職場では、どのような勤務体制で働いていますか。

 常時日勤 常時夜勤 交替制（日勤と夜勤の両方） 未就労

7：直近1ヶ月間の1日あたりの平均的な労働時間は？

 6時間未満 6~8時間未満 8~10時間未満 10時間以上

8：直近1ヶ月間の1週間あたりの平均的な労働日数は？

 3日間未満 3~5日間未満 5日間 6日間以上

9：現在、以下の薬の使用の有無をお答えください。

a) 血圧を下げる薬 はい いいえb) 血糖を下げる薬またはインスリン注射 はい いいえc) コレステロールや中性脂肪を下げる薬 はい いいえ

10：脳卒中と診断されたり、治療を受けたことがありますか。

 はい いいえ

11：心臓病と診断されたり、治療を受けたことがありますか。

 はい いいえ

12：腎臓病と診断されたり、治療を受けたことがありますか。

 はい いいえ

13：貧血と診断されたり、治療を受けたことがありますか。

- はい いいえ

14：たばこを習慣的に吸っていますか。

- はい ()年前にやめた いいえ

15：20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。

- はい いいえ

16：運動（30分以上、軽く汗ばむ程度）の習慣はありますか。

- ほぼ毎日 週2回以上 いいえ

17：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

18：ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。

- はい いいえ

19：食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。

- 何でもかんで食べられる ほとんどかめない
 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

20：人と比較して食べる速度が速いですか。

- 速い ふつう 遅い

21：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。

- はい いいえ

22：朝昼夕の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 ほとんど摂取しない

23：朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。

- はい いいえ

24：お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）はどの位の頻度で飲みますか。

- 毎日 時々 ほとんど飲まない（飲めない）

25：飲酒日の1日当たりの飲酒量はどの位ですか。

清酒1合(180mL)の目安:ビール中瓶1本弱(500mL),焼酎35度(80mL),ウィスキー1杯(60mL),ワイン2杯(240mL)

- 1合未満 1~2合未満 2~3合未満 3合以上

26：睡眠で休養が十分とれていますか。

- はい いいえ

27：運動や食生活等の生活習慣を改善しようと思っていますか。

- 改善するつもりはない 改善するつもりである
 改善し始めたところ 既に改善に取り組んでいる

28：女性の方へ： 現在、妊娠していますか。

- はい(妊娠 週) いいえ

健康診断のご案内

* 当クリニックでは、労働安全衛生法に基づいた項目で健康診断を行っています。

* 以下の検査項目を行います。

1) 問診	
2) 身体測定	
3) 視力検査	
4) 聴力検査	
5) 胸部レントゲン検査	
6) 心電図検査	
7) 血液・尿検査（肝機能、脂質、腎機能、血糖、末梢血液）	
	料金 11,000円（税込）

* 午前検査は朝食を、午後検査は昼食を、お控えください。飲水は構いません。

* お支払いはクレジットカードもご利用いただけます。

* 不明な点は、当日に受付へお知らせください。

* 団体申し込みの際には、お電話でお問い合わせください。

オプション検査のご案内

* 以下については、単体でも対応しています。

* クリニック受付窓口またはお電話でお申し込みください。

内容	料金
内臓脂肪CT検査	4,400円（税込）
頸動脈エコー検査	4,400円（税込）
血液型検査（ABO式・Rh式）	2,200円（税込）
肝炎検査（HBs抗原, HBs抗体, HCV抗体（血液検査））	4,950円（税込）
前立腺検査（PSA（血液検査））	2,420円（税込）
大腸検査（便潜血2日法）	1,760円（税込）

内臓脂肪CT検査を受けられる方へ

* CT（コンピューター断層撮影）で腹部の断層画像を撮影します。

コンピューター処理を行い、内臓脂肪量を計測します。

* 検査台に仰向けに寝て撮影します。痛みを伴いませんので安心して検査を受けてください。

* CT検査ではエックス線を使用します。

今回の検査でのエックス線使用量は微量ですので身体に悪影響を及ぼす心配はございません。

検査前の注意事項（よく読んでからお越しください）

- 1) 安全で正確な検査のため、指示されたとき以外は身体を動かさないようにご協力をお願いします。
- 2) 妊娠中あるいは妊娠の可能性のある方は、必ず事前に申告ください。CT検査は延期します。