

ボールペンでご記入ください。
裏面もございます。

問 診 票

フリガナ		生年月日	
氏名		年齢	
自宅住所	〒 - ※マンション名・アパート名・部屋番号までご記入ください。	性別	
連絡先	- - -	保険証	記号
領収書宛名	個人名 · 会社名()	会社名	番号
		健保名	
		コース名	

1:女性の方のみ、該当するものにチェック(✓)をお付けください。 2:ピロリ菌について、該当するものにチェック(✓)をお付けください。

①生理中ですか? はい いいえ

②妊娠中ですか? はい いいえ

①検査したことが □ ない □ ある(②へ) ②結果は □ 陰性 □ 陽性 □ 陽性(除菌済み)

2:生活習慣についてお伺い致します。該当するものにチェック(✓)をお付けください。

1-3 現在、以下の薬を使用していますか。	
1 血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2 血糖を下げる薬またはインスリン注射	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3 コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<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)といわれたり、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)といわれたり、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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7 医師から、貧血とい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。 [習慣的な喫煙とは、「合計100本以上」又は「6ヶ月以上たばこを吸っている」ことで、最近1ヶ月間も吸っている状態のこと]	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9 20歳の時に比べて体重が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また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 ほぼ同じ年代の同性と比較して歩く速度は速いほうですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
13 食事をかんじて食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	<input type="checkbox"/> 何でもかんじて食べることができる <input type="checkbox"/> かみにくいことがある <input type="checkbox"/> ほとんどかめない
14 人と比べると、食べる速度は速いほうですか。	<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 朝昼夕の3食以外に間食(菓子類)や甘い飲み物を摂取していますか。	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない
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(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)はどれくらい飲みますか。	<input type="checkbox"/> 每日 <input type="checkbox"/> 時々飲む <input type="checkbox"/> 飲まない
19 お酒を飲むときは、1日あたりどれくらい飲みますか。 【1合のめやす】●日本酒1合180ml ●ビール500ml ●焼酎25度110ml ●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 睡眠で休養が十分にとれていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
21 運動や食生活等の生活習慣病を改善してみようと思いますか。	<input type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 改善するつもりである(概ね6ヶ月以内) <input type="checkbox"/> 近いうち(概ね1ヶ月以内)に改善するつもりである <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)
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、利用したいと思いますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

3:該当する自覚症状にチェック(✓)をお付けください。※チェックした自覚症状は結果報告書に記載されます。

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1.自覚症状なし | <input type="checkbox"/> 2.いつも身体がだるい | <input type="checkbox"/> 3.頭が痛い・重い | <input type="checkbox"/> 4.視力が落ちた気がする |
| <input type="checkbox"/> 5.物が二重に見える | <input type="checkbox"/> 6.耳鳴りがする | <input type="checkbox"/> 7.湿疹・じん麻疹がよく出る | <input type="checkbox"/> 10.むくみがある |
| <input type="checkbox"/> 8.口が渴く | <input type="checkbox"/> 9.めまい・立ちくらみがする | <input type="checkbox"/> 13.息切れ・息苦しい | <input type="checkbox"/> 16.肩がこる |
| <input type="checkbox"/> 11.胸やけや吐き気がする | <input type="checkbox"/> 12.おなかが痛む | <input type="checkbox"/> 19.腰が重い・痛い | <input type="checkbox"/> 22.イライラすることが多い |
| <input type="checkbox"/> 14.胸が締め付けられる気がする | <input type="checkbox"/> 15.咳・たんがよく出る | <input type="checkbox"/> 17.手足が冷たい | <input type="checkbox"/> 20.関節が痛い |
| <input type="checkbox"/> 20.関節が痛い | <input type="checkbox"/> 18.手足に震えやしびれがある | <input type="checkbox"/> 21.生理不順 | <input type="checkbox"/> 23.熟睡できない |
| <input type="checkbox"/> 23.熟睡できない | <input type="checkbox"/> 24.ゆううつである | | |

その他の自覚症状

4:該当する病歴(ご自身・ご家族)にチェック(✓)をお付けください。※チェックしたご自身の病歴は結果報告書に記載されます。

本人なし

家族なし

経過観察中	治療中	治療終了	ご本人		病名	家族歴		
			父	母		父	母	祖父母
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※一桁ずつ ご記入ください	歳から	脳血管疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※一桁ずつ ご記入ください	歳から	心疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※一桁ずつ ご記入ください	歳から	不整脈	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※一桁ずつ ご記入ください	歳から	腎臓病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※一桁ずつ ご記入ください	歳から	高血圧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※一桁ずつ ご記入ください	歳から	糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※一桁ずつ ご記入ください	歳から	脂質異常症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※一桁ずつ ご記入ください	歳から	肝臓病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※一桁ずつ ご記入ください	歳から	胃・十二指腸潰瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※一桁ずつ ご記入ください	歳から	肺炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※一桁ずつ ご記入ください	歳から	肺結核	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※一桁ずつ ご記入ください	歳から	リウマチ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※一桁ずつ ご記入ください	歳から	甲状腺疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※一桁ずつ ご記入ください	歳から	悪性腫瘍()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※一桁ずつ ご記入ください	歳から	その他()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※一桁ずつ ご記入ください	歳から	その他()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※一桁ずつ ご記入ください	歳から	その他()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5:健康に有害な影響を与える業務に就いたことがある場合はチェック(✓)をお付けください。※チェックしたご業務歴は結果報告書に記載されます。

- | | | |
|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1.該当なし | <input type="checkbox"/> 3.異常気圧下での業務 | <input type="checkbox"/> 4.激しい振動を与える業務 |
| <input type="checkbox"/> 2.放射線被ばくの危険がある業務 | <input type="checkbox"/> 6.粉塵を扱う業務 | <input type="checkbox"/> 7.その他() |
| <input type="checkbox"/> 5.有害物質を扱う業務 | | |

健診に係る【同意書・引換券】

【検査・個人情報の取り扱いについて】

- ◎健康診断の所要時間は概ね 60 分を予定しています。但し、他の診療の都合等で予定時間を超える場合があります。
- ◎採血は細心の注意を払って実施しておりますが癌、腫れ、注射針を刺した時の傷や失神が起こる可能性があります。
- ◎健康診断書（以下、診断書）に必要な項目については細心の注意を払って漏れのないように努力しております。時に再度御来院頂き、不足する部分について検査させて頂く場合がございます。

【検査結果について】

- ◎ご指定の用紙がある場合、当院で実施していない項目は斜線を引かせて頂きます。他施設受診の結果の転記や、結果の恣意的な書き換えは出来ません。
- ◎ご記入頂いた問診票や診察によって当方が知り得た既往歴、自覚症状等は基本的に診断書に記載致します。また検査の結果、有意な所見が認められる時は、就業が可能な場合でも所見として記載させて頂きます。
- ◎診断書のお渡しには常に細心の注意を払って時間を厳守しております。しかし当方の力の及ばぬ事態により遅延する場合もあり得ますので、余裕をもって健康診断をお受けください。**例】①地震などの災害 ②血液・尿検査工程でのアクシデントなど**
- ◎上記アクシデントも含め診断書はいかなる場合もメール・FAX での送信は致しかねます。また、電話等で診断書の内容をお伝えすることは出来ません。
- ◎今回の診断書によって採用の可否が問われた場合の補償は一切致しかねますのでご了承ください。

【領収書等について】

- ◎いかなる場合でも、費用お支払い以後の返金には応じられません。
- ◎会計時にお渡しする領収書はいかなる場合も**再発行は出来ません。**絶対に紛失しないようご注意ください。

【健診結果の翌診療日受取希望の方へ】

- ◎診断書は個人情報の為、**受取はご本人様のみ**とさせていただきます。**身分証と同意書**をご持参ください。
- ◎診断書は原則受診日の翌診療日 16 時以降の診療時間内に直接お渡し致します。但し金曜・土曜に受診された方は翌週最初の診療日 16 時以降、祝前日に受診された方は翌診療日 16 時以降の診療時間内にお渡し致します。
- ◎受取期間はご受診日から**2週間**です。期限が過ぎましたら、**ご自宅へ順次発送いたします。**
- ◎**16 時～17 時の間は、セキュリティの関係でエレベーターが閉まっています。お手数ですが、入口付近のインターホンで『501』を押してください。**
- ◎2枚以上の診断書（和文）を必要とする場合、2枚目以降1枚につき3,300円の書類作成費用を申し受けます。
- ◎胸部レントゲン検査の結果は医師による2次読影を行っております。**翌診療日渡し希望の方は、場合によって2次読影が間に合わないことがあります。結果が変わりご連絡させていただく場合がございますので、予めご了承ください。**
- ◎診療時間外のお渡しは致しかねます。診断書は特殊検査がある場合は、日数がかかる場合がございます。

【健診結果の郵送希望の方へ】 (1週間から2週間後の到着となります)

- ◎検査結果の遅延や配送遅延によりお届けまでにお時間を要する場合がございます。余裕をもって御受診ください。
- ◎万が一、配送トラブルにより期限内にお受け取りいただけなかった場合や紛失した場合当方は一切の責任を負えません。

<診療時間>

受診日： 2024 年 月 日

平日

午前 9:00～12:00

上記内容に同意し、健診受診を希望します。

午後 14:00～17:00

署名： _____

土曜

午前 9:00～12:00

生年月日： 年 月 日

■ ▲ ● 新宿スカイビル健診テラス

<休診時間>

土曜(午後)・日・祝

平日(12:00～14:00)

※休診の為、受取は致しかねます。
営業時間内での受取のご協力を
お願い致します。

健診テラス



SHINJUKU SKY BLDG.

両面カラー印刷でご使用ください。

健診に係る【同意書・引換券】

【検査・個人情報の取り扱いについて】

- ◎健康診断の所要時間は概ね 60 分を予定しています。但し、他の診療の都合等で予定時間を超える場合があります。
- ◎採血は細心の注意を払って実施しておりますが癌、腫れ、注射針を刺した時の傷や失神が起こる可能性があります。
- ◎健康診断書（以下、診断書）に必要な項目については細心の注意を払って漏れのないように努力しております。時に再度御来院頂き、不足する部分について検査させて頂く場合がございます。

【検査結果について】

- ◎ご指定の用紙がある場合、当院で実施していない項目は斜線を引かせて頂きます。他施設受診の結果の転記や、結果の恣意的な書き換えは出来ません。
- ◎ご記入頂いた問診票や診察によって当方が知り得た既往歴、自覚症状等は基本的に診断書に記載致します。また検査の結果、有意な所見が認められる時は、就業が可能な場合でも所見として記載させて頂きます。
- ◎診断書のお渡しには常に細心の注意を払って時間を厳守しております。しかし当方の力の及ばぬ事態により遅延する場合もあり得ますので、余裕をもって健康診断をお受けください。例》①地震などの災害 ②血液・尿検査工程でのアクシデントなど
- ◎上記アクシデントも含め診断書はいかなる場合もメール・FAX での送信は致しかねます。また、電話等で診断書の内容をお伝えすることは出来ません。
- ◎今回の診断書によって採用の可否が問われた場合の補償は一切致しかねますのでご了承ください。

【領収書等について】

- ◎いかなる場合でも、費用お支払い以後の返金には応じられません。
- ◎会計時にお渡しする領収書はいかなる場合も再発行は出来ません。絶対に紛失しないようご注意ください。

【健診結果の翌診療日受取希望の方へ】

- ◎診断書は個人情報の為、受取はご本人様のみとさせていただきます。身分証と同意書をご持参ください。
- ◎診断書は原則受診日の翌診療日 16 時以降の診療時間内に直接お渡し致します。但し金曜・土曜に受診された方は翌週最初の診療日 16 時以降、祝前日に受診された方は翌診療日 16 時以降の診療時間内にお渡し致します。
- ◎受取期間はご受診日から2週間です。期限が過ぎましたら、ご自宅へ順次発送いたします。
- ◎16 時～17 時の間は、セキュリティーの関係でエレベーターが閉まっています。お手数ですが、入口付近のインターホンで『501』を押してください。
- ◎2枚以上の診断書（和文）を必要とする場合、2枚目以降1枚につき3,300円の書類作成費用を申し受けます。
- ◎胸部レントゲン検査の結果は医師による2次読影を行っております。翌診療日渡し希望の方は、場合によって2次読影が間に合わないことがあります。結果が変わりご連絡させていただく場合がございますので、予めご了承ください。
- ◎診療時間外のお渡しは致しかねます。診断書は特殊検査がある場合は、日数がかかる場合がございます。

【健診結果の郵送希望の方へ】（1週間から2週間後の到着となります）

- ◎検査結果の遅延や配送遅延によりお届けまでにお時間を要する場合がございます。余裕をもって御受診ください。
- ◎万が一、配送トラブルにより期限内にお受け取りいただけなかった場合や紛失した場合当方は一切の責任を負えません。

<診療時間>

平日

午前 9:00～12:00

午後 14:00～17:00

土曜

午前 9:00～12:00

受診日： 2024 年 月 日

上記内容に同意し、健診受診を希望します。

署名： _____

生年月日： 年 月 日

■ ▲ ● 新宿スカイビル健診テラス

<休診時間>

土曜(午後)・日・祝

平日(12:00～14:00)

※休診の為、受け取りは致しかねます。営業時間内での受け取りのご協力ををお願い致します。

健診テラス



SHINJUKU SKY BLDG.

両面カラー印刷でご使用ください。