

問診票

※黒の鉛筆かボールペンで記入してください。
記入していない場合、時間がかかることがあります。

(若年者健康診査・特定健康診査・後期高齢者健康診査・肺がん検診・結核検診・
大腸がん検診・肝炎ウイルス検査・前立腺がん検診を受ける際に使用)

※個人情報の取り扱いについては、裏面をご覧ください。
個人情報の取り扱いについて(次の□に○をご記入ください。)

同意する 同意しない 個人情報の取り扱いについて同意いただけない場合には、
医療サービスの提供に支障の出る場合がございます。

フリガナ		性別	男・女	生年月日	大正・昭和・平成	年齢	令和8年3月末時点
氏名				年 月 日	年 月 日	歳	
	様	住所	紫波町	TEL	()	-	

1 今まであなたがかった病気についてあてはまる□に○をご記入ください。

特になし

- 主治医のもとで、服薬・インスリン等の治療を行っている場合……………**「治療中」**
- 主治医のもとで定期検査や食事療法等を行っている場合……………**「経過観察中」**
- 健診のみでの経過観察は含まない。
- 以前、病気を指摘されたが治療していない、服薬を自分で中断している場合…**「放置又は中断」**

現病環・器	疾病名	治療中	経過観察中	放置又は中断	治療済(完治)	現病環・器	疾病名	治療中	経過観察中	放置又は中断	治療済(完治)	現病環・器	疾病名	治療中	経過観察中	放置又は中断	治療済(完治)
		循環器	1. 高血圧症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	泌尿器	15. 尿路結石			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
既往歴	2. 狭心症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		16. 慢性腎臓病・腎不全人工透析など	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		30. COPD(肺気腫など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. 心筋梗塞	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		17. その他の腎疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		31. 気管支喘息	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. 不整脈	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		18. 前立腺がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		32. 肺がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. その他の心疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		19. 前立腺疾患(前立腺がんを除く)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		33. 白内障	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6. 脳血管障害(脳卒中など脳動脈瘤含む)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		20. 糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		34. 眼疾患(白内障を除く)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7. 大動脈瘤・解離(胸部・腹部)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		21. 脂質異常症(高脂血症など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		35. 貧血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8. 食道疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		22. 痛風(高尿酸血症含む)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		36. 整形外科疾患(骨粗鬆症など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9. 胃・十二指腸潰瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		23. 肝障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		37. 精神疾患(うつなど)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10. 胃ポリープ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		24. 脂肪肝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		38. 甲状腺疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11. 大腸疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		25. 慢性肝炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		39. 乳がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12. 胃がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		26. 胆のう・胆管疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		40. 子宮がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	13. 大腸がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		27. 膵臓疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		41. 膠原病(リウマチなど)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	14. 痔疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		28. 肺結核	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		42. その他のがん疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 現在特に気になる症状がありましたら□に○をご記入ください。

特になし

1. <input type="checkbox"/> 胃が痛む	13. <input type="checkbox"/> 疲れやすい
2. <input type="checkbox"/> 胸やけ、胃のもたれ	14. <input type="checkbox"/> よく眠れない
3. <input type="checkbox"/> 便に血が混じる	15. <input type="checkbox"/> 頭痛、頭重感
4. <input type="checkbox"/> 下痢と便秘が交互にくる	16. <input type="checkbox"/> 尿の出が悪い
5. <input type="checkbox"/> 便が極端に細くなった	17. <input type="checkbox"/> 尿に血が混じる
6. <input type="checkbox"/> 「せき」が1ヶ月以上続く	18. <input type="checkbox"/> 息切れ
7. <input type="checkbox"/> 「たん」が1ヶ月以上続く	19. <input type="checkbox"/> 脈の乱れ
8. <input type="checkbox"/> 6ヶ月以内の「血たん」	20. <input type="checkbox"/> 動悸(不快感)
9. <input type="checkbox"/> 胸や背中での痛み	21. <input type="checkbox"/> 失神を起こす
10. <input type="checkbox"/> 声がかすれてきた	22. <input type="checkbox"/> めまいがする
11. <input type="checkbox"/> 胸がしめつけられるように 苦しい(2~15分位)	23. <input type="checkbox"/> 胸部の不快感
12. <input type="checkbox"/> のどや口の渇き	

4 血縁者でがんになった方がいますか。

いない

祖父 祖母 父 母 兄弟姉妹

5 「肺がん検診」を受ける方のみ 下記の受診歴についてご記入ください。

	一次検診			精密検査		
	受けていない	受けた場合の結果		受けていない	受けた場合の結果	
		異常なし	軽度所見 要精密検査		異常なし	要経過観察 要治療
一年前(以内を含む)	<input type="checkbox"/>					

右記の場所で働いたことがある方は、 に従事した期間をご記入ください。

・ 鉱山 年

・ 石切場及び石こう作業場 年

・ 石綿(アスベスト)を扱う作業場 年

6 「大腸がん検診」を受ける方のみ ご記入ください。

過去3年以内に「大腸がん検診」を受けたことがありますか。 はい いいえ

7 健診を受ける前に飲食をしたのは何時ですか？ 開始時間と終了時間をご記入ください。(水・お茶除く)

開始	午前・午後	時	分頃
終了	午前・午後	時	分頃

8 女性の方のみご記入ください。

生理中ですか はい いいえ

妊娠中ですか はい いいえ 週

3 次の質問の該当する□に○をご記入ください。また、へは数字をご記入ください。

生活習慣(※全年齢)

1. 現在タバコを習慣的に吸っていますか。〔※「習慣的に吸っている」とは、条件1と2を満たす方
条件1:最近1ヶ月間吸っている。条件2:生涯で6ヶ月以上、又は合計100本以上吸っている。〕
吸わない 吸う やめた 最近1ヶ月は吸っていない 吸う又はやめた方 1日約 本・約 年間

・タバコを吸っている方 禁煙の意思はありますか。 はい いいえ

2. お酒を飲む頻度は。(1つだけ回答)
飲まない(飲めない) 毎日 月に 1~3日 1日未満 飲酒日の1日あたりの飲酒量
1合未満 1~2合未満 2~3合未満 3~5合未満 5合以上

3. 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、一年以上行っている。 はい いいえ

生活習慣(※74歳以下の方)

4. 日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上行っている。(仕事・農作業を含む) はい いいえ

5. ほぼ同じ年齢の同性と比べて歩く速度が速いと思う。 はい いいえ

6. 20歳の時の体重から10kg以上増加している。 はい いいえ

7. 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 かみにくいことがある ほとんどかめない

8. まわりの人と比べて食べるのが速い。 速い ふつう 遅い

9. 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。 はい いいえ

10. 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 しない

11. 朝食を抜くことが週に3回以上ある。 はい いいえ

12. 睡眠で休養が十分とれている。 はい いいえ

13. 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。 改善するつもりはない 改善するつもりがある(6ヶ月以内) 近いうちに改善するつもりであり少し始めている 取り組んでいる(6ヶ月未満) 取り組んでいる(6ヶ月以上)

14. 生活習慣の改善についてこれまでに保健指導を受けたことがありますか。 はい いいえ

後期高齢者の質問票(※75歳以上の方)

1. あなたの現在の健康状態はいかがですか。 よい まあよい ふつう 悪くない よくない

2. 毎日の生活に満足していますか。 満足 やや満足 やや不満 不満

3. 1日3食きちんと食べていますか。 はい いいえ

4. 半年前に比べて固いもの(さきいか、たくあんなど)が食べにくくなりましたか。 はい いいえ

5. お茶や汁物等でむせることがありますか。 はい いいえ

6. 6か月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか。 はい いいえ

7. 以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか。 はい いいえ

8. この1年間に転んだことがありますか。 はい いいえ

9. ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか。 はい いいえ

10. 周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされていますか。 はい いいえ

11. 今日が何月何日かわからない時がありますか。 はい いいえ

12. 週に1回以上は外出していますか。 はい いいえ

13. ふだんから家族や友人と付き合いがありますか。 はい いいえ

14. 体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか。 はい いいえ

〈健康診断を受けられる方へ〉

健康診断を受けられる前に下記をお読みになり、記載内容をご理解いただいた上で受診くださいますようお願い申し上げます。

●個人情報の取り扱いについて

公益財団法人岩手県予防医学協会
個人情報保護管理責任者 常務理事

公益財団法人岩手県予防医学協会（以下「協会」という）は、健康診断等で取得した個人情報を協会の個人情報保護基本規程に従って適正に管理し、以下のとおりお取り扱いさせていただきますので、個人情報の提供・利用について同意をお願い致します。

□個人情報の利用目的

- 健康診断等（各種健康診断、人間ドック、検査、特定保健指導等）の予約管理、受診票や健診資料の送付
- 健康状態把握のための検査・診療の実施、保健相談・保健指導・健康支援等の実施
検査データに異常値がある場合等で契約に定めのない検査・分析を行い、その結果が健康診断結果票等に記載されることがあります。
- 健康診断等の結果報告、二次検査・精密検査等の対象者抽出と受診勧奨
 - 個人結果通知書の作成
 - 市町村や事業所、健康保険組合等、事業者から委託を受けて行う健康診断等の事業者への結果報告書の作成
 - 精密検査や治療等が必要となった場合の紹介状作成や受診勧奨
早急に精密検査受診をおすすめする場合、所属団体等及び受診者様へ直接連絡することがあります。
- 健康診断等の料金・診療報酬の請求、会計処理等
- 健康診断等の信頼性の確保と精度管理
 - 検査項目の基準値設定やその評価のため、平均値や標準偏差及び有所見率等を算出
 - 精密検査受診結果の追跡調査
精密検査受診の確認及び受診勧奨、受診された医療機関から受診結果（診断結果や臨床経過等）の報告を受ける場合があります。
- 法に定められた届出や統計等の提出
国の機関・地方公共団体からの依頼、監査・医療訴訟等への協力、協会の関連団体への統計等の報告を行います。
- 健康推進施策の立案、事業効果の向上を目的とした疫学研究又は統計調査
協会は公衆衛生の向上等を目的とし、公共の利益に資する学術研究（学会発表等を含む）や教育資料の作成を行います。その際は、個人を特定できないよう匿名化します。

□個人情報の提供（健康診断等医療サービスの提供）

市町村、事業所、健康保険組合、所属団体等から委託を受けて実施した健康診断等に係わる結果通知書（所属団体等から助成を受けて実施した場合を含む）は、当該団体にも結果等を提供します。又、以下の場合に市町村、医療機関、健康保険組合、所属団体等へ個人情報を提供します。

- 市町村や事業所、健康保険組合等の医師（産業医）・保健師・衛生担当者からの照会
- 精密検査を受診した医療機関等からの照会
- 外部の専門医等の意見・助言を求める場合

□個人情報の委託

一部の血液検査・読影・結果作成業務等を外部検査機関や医療機関（専門医）又は専門機関等に委託することがあります。委託先と個人情報に関する業務委託契約を交わし、委託先の選定審査、管理監督を徹底します。

□個人情報の開示、訂正、削除等

- 健康診断等に係わる個人情報は、ご本人から開示、訂正、削除等を請求することができます。開示を行う場合は、費用をご負担いただくことがございます。ご質問・ご相談は協会の個人情報相談窓口までお問い合わせください。
- 市町村、事業所、健康保険組合、所属団体等から委託を受けて実施した健康診断等に係わる結果通知書（所属団体等から助成を受けて実施した場合を含む）の開示等については、当該団体等にお問い合わせください。

□個人情報の提供の任意性

協会に個人情報をご提供いただく（HPお問合せの入力含む）のはあくまで任意ですが、個人情報をご提供いただけない場合、協会のサービスの全部又は一部がご利用になれない場合がありますのでご了承ください。

□個人情報に関するお問合せ先（個人情報に関するご相談、お問合せ、苦情の窓口）

公益財団法人岩手県予防医学協会 個人情報に関する担当窓口（総務課長）
TEL 019-638-7185(代) FAX 019-637-1278 E-mail info@aogiri.org

制 定 日：平成22年2月24日
最終改訂：令和6年12月1日

●採血についての注意事項

- ◎ 採血は利き腕かどうかに関わらず、状態の良い方で行います。
- ◎ 採血のときに気分が悪くなった、しびれがあった、血液が止まりにくい、血液透析中、乳房切除手術を受けた、アルコール綿に弱い、皮膚アレルギーがある方は採血時にお申し出ください。
- ◎ **採血後の5分間安静について**
採血により、内出血・腫れ・痛み、しびれ、迷走神経反射（冷汗、めまい、意識消失等）が起こる場合があります。安全のため、採血後に5分間程度の圧迫止血と安静にご協力ください。
※ 1万～10万人に1人の割合で神経に針が触れてしまい、しびれ、痛み等が続くことがありますが、ほとんどが数週間で消失します。これらの症状が起きた際は看護師にお知らせください。

●肺がん検診・結核検診（胸部X線検査）について

- ◎ Tシャツ1枚のみ着用して撮影いたします。
- ◎ 服装について
 - ・上半身にある貴金属（ネックレスやマグネット等）やプラスチック、湿布は外してください。
 - ・髪の毛は首が見えるように、首より上でまとめてください。
 - ・ブラジャーやキャミソールは着用しないでください。
 - ・Tシャツは襟が丸首で薄手の無地のものを着用し、タートルネックのような襟付きのもの、ゴムプリントや刺繍、ボタンやファスナーがついたものは着用しないでください。