

## 健康診断を受けられる方へ

今回の健診項目は

☐ **Aコース** 【空腹時採血、採尿、身体測定、視力、聴力、胸部レントゲン、心電図】

☐ **Bコース** 【Aコース+腹部エコー】

☐ **Cコース** 【Aコース+腹部エコー、頸動脈エコー、ABI】

※オプション(必要オプションをご記載ください)

【

】

この度はおおはた内科循環器クリニックにご予約頂きましてありがとうございます。

安心・正確かつスムーズに健診を行うため、下記の内容に同意頂き、遵守頂けますようお願いしております。

- ① 前日のアルコール摂取はお控えください。健康診断終了まで口にされるものはお水又は無糖のお茶でお願いいたします。尿検査があるため、健康診断直前のお手洗いはお控えください。  
★午前中健康診断実施予定の場合➡前日夕食20時までに摂取し、その後食事は摂らない  
★午後健康診断実施予定の場合 ➡当日朝食は8時までに済ませ、その後食事は摂らない
- ② 事前配布させていただいております問診票は健康診断実施日前に必要な事項をご記載ください。
- ③ メガネ、コンタクトをお持ちの場合はご持参ください。またネックレス、アクセサリーなどの着用はお控え頂き、着脱しやすい服装でご来院ください。
- ④ 予約日にご来院いただきましたら、受付にて必ず御社名とお名前をお伝え頂き問診票をお渡し下さい。
- ⑤ 所要時間は概ね60分ほどを予定しています。但し、他の診療の都合などで予定時間を超える場合がございます。(オプション検査がある場合、所要時間は上記には当てはまりません。)

おおはた内科循環器クリニック  
苫小牧市三光町1丁目2-11  
Tel0144-38-8500

# 企業健診問診表

おおはた内科循環器クリニック

|          |             |    |       |
|----------|-------------|----|-------|
| ふりがな     |             |    |       |
| 氏 名      |             |    |       |
| 自宅<br>住所 | 〒 -         |    |       |
| 生年月日     | 大・昭・平 年 月 日 | 性別 | 男 ・ 女 |
| 電話番号     |             |    |       |
| 会社名      |             |    |       |

既往歴・治療歴 下記に当てはまるものに☒を入れてください。

|                                  |                              |                                |                             |                             |
|----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 特になし    |                              |                                |                             |                             |
| <input type="checkbox"/> 高血圧     | <input type="checkbox"/> 治療中 | <input type="checkbox"/> 経過観察中 | <input type="checkbox"/> 完治 | <input type="checkbox"/> 手術 |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病     | <input type="checkbox"/> 治療中 | <input type="checkbox"/> 経過観察中 | <input type="checkbox"/> 完治 | <input type="checkbox"/> 手術 |
| <input type="checkbox"/> 高脂血症    | <input type="checkbox"/> 治療中 | <input type="checkbox"/> 経過観察中 | <input type="checkbox"/> 完治 | <input type="checkbox"/> 手術 |
| <input type="checkbox"/> 痛風      | <input type="checkbox"/> 治療中 | <input type="checkbox"/> 経過観察中 | <input type="checkbox"/> 完治 | <input type="checkbox"/> 手術 |
| <input type="checkbox"/> 胆石      | <input type="checkbox"/> 治療中 | <input type="checkbox"/> 経過観察中 | <input type="checkbox"/> 完治 | <input type="checkbox"/> 手術 |
| <input type="checkbox"/> 胆のうポリープ | <input type="checkbox"/> 治療中 | <input type="checkbox"/> 経過観察中 | <input type="checkbox"/> 完治 | <input type="checkbox"/> 手術 |
| <input type="checkbox"/> 脂肪肝     | <input type="checkbox"/> 治療中 | <input type="checkbox"/> 経過観察中 | <input type="checkbox"/> 完治 | <input type="checkbox"/> 手術 |
| <input type="checkbox"/> 肝疾患（ ）  | <input type="checkbox"/> 治療中 | <input type="checkbox"/> 経過観察中 | <input type="checkbox"/> 完治 | <input type="checkbox"/> 手術 |
| <input type="checkbox"/> 貧血症     | <input type="checkbox"/> 治療中 | <input type="checkbox"/> 経過観察中 | <input type="checkbox"/> 完治 | <input type="checkbox"/> 手術 |
| <input type="checkbox"/> 喘息      | <input type="checkbox"/> 治療中 | <input type="checkbox"/> 経過観察中 | <input type="checkbox"/> 完治 | <input type="checkbox"/> 手術 |
| <input type="checkbox"/> 肺疾患（ ）  | <input type="checkbox"/> 治療中 | <input type="checkbox"/> 経過観察中 | <input type="checkbox"/> 完治 | <input type="checkbox"/> 手術 |
| <input type="checkbox"/> 胃十二指腸潰瘍 | <input type="checkbox"/> 治療中 | <input type="checkbox"/> 経過観察中 | <input type="checkbox"/> 完治 | <input type="checkbox"/> 手術 |
| <input type="checkbox"/> 大腸ポリープ  | <input type="checkbox"/> 治療中 | <input type="checkbox"/> 経過観察中 | <input type="checkbox"/> 完治 | <input type="checkbox"/> 手術 |
| <input type="checkbox"/> 腸疾患（ ）  | <input type="checkbox"/> 治療中 | <input type="checkbox"/> 経過観察中 | <input type="checkbox"/> 完治 | <input type="checkbox"/> 手術 |
| そのほか                             |                              |                                |                             |                             |

## 自覚症状

現在、下記の症状がある方は、番号に○印をお付け下さい。

\*特になし

- 1 動悸 2 階段で息切れ 3 めまい 4 咳や痰が出る 5 食欲がない 6 吐き気がする 7 よくげっぷが出る  
 8 胸やけをする 9 吐血したことがある 10 腹痛がある 11 腹部の膨満感・不快感がある 12 体重減少  
 13 口が渇く 14 手足のしびれ 15 身体のどこかにコリや痛みがある 16 黒い便が出る 17 便に血が混じる  
 18 その他（ ）

喫煙についてお聞きします。

現在タバコを習慣的に吸ってますか。 1 はい 2 いいえ 3 以前は吸ってたが1っか月以上前にやめた

飲酒についてお聞きします。

お酒を飲む頻度は 1 毎日 2 時々 3 ほとんど飲まない（飲めない）  
 飲酒日の1日当たりの飲酒量 1 1合未満 2 1～2合未満 3 2～3合未満 4 3合以上