

令和2年度 特定健診・健康診査・結核肺がん検診・胃がん検診・大腸がん集団検診問診票

実施日 年 月 日

住所	高梁市 (電話番号)		ふりがな	
			氏名	
性別	男・女	生年月日	大・昭 年 月 日	2021年3月31日時点の年齢 (対象年齢：40歳以上) 歳

該当する項目にしてください

※裏面の受診上の注意点をよくお読みになってから下記をご記入ください。

■現病歴・既往歴

<input type="checkbox"/> 該当なし	服薬中	管理中	既往	放置
1 高血圧症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 脂質異常症(高脂血症)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 心臓疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 脳血管障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 貧血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 消化管疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 胆のう・肝臓・膵臓疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 腎臓疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 泌尿器疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 高尿酸血症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 呼吸器疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 甲状腺疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 眼底出血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 肺がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 胃がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 大腸がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 その他のがん()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 その他の疾患()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

■食後経過時間

ミルクや砂糖入りのコーヒー、糖分を含むジュース、飴などは食事と見なします。

3.5時間未満 3.5時間～8時間未満

8時間～10時間未満 10時間以上

■女性の方に確認します

生理中 妊娠中 妊娠の可能性 該当なし

■たばこ

吸わない やめた 吸う

やめた、吸うの方は下記をご記入ください

1日 本 年間

■お酒

飲む頻度

殆ど飲まない(飲めない) 時々 毎日

1日の飲酒量

1合未満 1～2合未満 2～3合未満 3合以上

■家族歴

<input type="checkbox"/> 該当なし	父	母	兄弟	姉妹
1 高血圧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 狭心症・心筋梗塞	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 脳血管疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 肺がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 胃がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 大腸がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

■自覚症状

<input type="checkbox"/> 該当なし	6 <input type="checkbox"/> 頻尿	12 <input type="checkbox"/> 胸焼け	18 <input type="checkbox"/> よく眠れない
1 <input type="checkbox"/> 頭痛	7 <input type="checkbox"/> せき、たんが続く	13 <input type="checkbox"/> 吐き気	19 <input type="checkbox"/> ひどく疲れている
2 <input type="checkbox"/> 胸痛	8 <input type="checkbox"/> 血たん	14 <input type="checkbox"/> 胃が痛む	20 <input type="checkbox"/> だるい
3 <input type="checkbox"/> 脈が乱れる	9 <input type="checkbox"/> 喉がよく乾く	15 <input type="checkbox"/> 便秘	21 <input type="checkbox"/> 気分が晴れない
4 <input type="checkbox"/> 息切れ	10 <input type="checkbox"/> 腹痛	16 <input type="checkbox"/> 便が黒い	22 <input type="checkbox"/> ゆううつだ
5 <input type="checkbox"/> むくみ	11 <input type="checkbox"/> 食欲不振	17 <input type="checkbox"/> 便に血が混ざる	23 <input type="checkbox"/> その他()

■胸部X線検診

実施しない 本人拒否・安全基準等 その他 ※市記入欄

1) 6ヶ月以内にたんに血が混じったことがありますか。 ない ある

2) 胸部X線検診を受けたことがありますか。 ない ある⇒西暦 年月頃

3) 喀痰検査を希望しますか。 する しない

■胃がん(胃部X線)検診

実施しない 本人拒否・安全基準等 その他 ※市記入欄

1) 胃の切除術を受けたことがありますか。 ない ある

2) ビロリ菌があるといわれたことがありますか。 ない 不明 ある

3) 胃がん検診を受けたことがありますか。 ない ある

除菌していない

除菌した⇒西暦 年月頃

X線 内視鏡 ⇒西暦 年月頃

■大腸がん(便潜血)検診

実施しない 1本 後日 ※市記入欄

1) 大腸がん(便潜血)検診を受けたことがありますか。 ない ある⇒西暦 年月頃

健診を受けていただく際の注意事項です。ご一読ください。

特定健診・後期高齢者健診

- ◆ お水・お茶は食事に含まれませんが、ガム・飴・ジュース・コーヒー・紅茶等は食事とみなします。
- ◆ 妊娠中または妊娠の疑いがある方は、問診時にお申し出ください。
- ◆ 採血により体調が悪くなったことがある方は、事前にお申し出ください。
- ◆ 健診当日の薬の服用は主治医へご相談ください。
絶食で受診する場合は、糖尿病の薬またはインスリン注射は避けてください。

胸部 X 線検診

- ◆ 妊娠中または妊娠の疑いがある方は受診できません。
- ◆ 服装のご協力をお願いします。
基本的に素肌での撮影が望ましいですが、無地の T シャツ等薄い服 1 枚であれば構いません。
撮影上、服装が不適切と思われた場合は脱衣をお願いすることがあります。

大腸がん(便潜血)検診

- ◆ 提出日よりさかのぼって5日の間に2回便を採り、それぞれの日付を記入してください。
- ◆ 便の採る量が多すぎる、生理血が混入すると正確な結果がでないことがあります。
- ◆ 採便後は冷暗所で保存してください。直射日光や高温の場所で保存した場合、正確な結果がでないことがあります。
- ◆ 1日分の便しか採れなかった場合は、1本のみ提出してください。
未使用の容器を提出された場合は、採便してあるものとして検査しますのでご了承ください。

胃がん(胃部 X 線)検診

- ◆ 飲食後(ガム・飴・ジュース・コーヒー・紅茶等含む)8時間以上経っていない方は受診できません。
- ◆ 胃がん検診安全基準に該当する方は受診できません。当日の体調や問診等で受診できない場合があります。
- ◆ 胃・十二指腸の治療中または経過観察中の方は、かかりつけ医療機関で受診してください。
- ◆ 潰瘍性大腸炎、クローン病で治療中(経過観察中を含む)の方は、主治医の許可を受けてください。
- ◆ 検査当日は禁煙をしてください。ガム・飴・ジュース・コーヒー・紅茶等も口にしないでください。
- ◆ 血圧の薬を服用中の方は、検診2時間前までにコップ1杯程度の水または白湯で服用してください。
- ◆ ベルト、ボタン、ファスナー、ホックがない服装で、磁気治療具・腹巻・コルセットは外してください。
- ◆ 呼吸器疾患のある方は誤嚥により症状が悪化する場合があります。

◆ 次の場合は必ず医療機関を受診してください ◆

- ◎ バリウムや緩下剤服用後に下記のような過敏症(アレルギー症状)が発現した場合。
強い吐気、腹痛、じんましん、発赤、唇の腫れ、喉がつまる、息苦しい、冷汗、気分不良、顔色が青白くなる等。
- ◎ 検査翌日夕方までにバリウム便が排泄されないまま放置した場合。
バリウム便が排泄されないまま放置すると、腸が詰まる、腸に穴が開く恐れがあります。