

人間ドック 検査結果提出同意書

様式 1

私が受診した人間ドック検査を下記の事項に同意した上で、提出します。

- ① 福岡市国民健康保険特定健診（よかドック）の実施に代えること
- ② 福岡市において健診結果をコンピュータに登録し、健診結果データの集約・分析に使用されること

記入日	令和 年 月 日
住所	(〒 -) 福岡市
フリガナ	
氏名	(自署)
生年月日	昭和 年 月 日
電話番号	(必ず連絡の取れる電話番号を記入してください)
メールアドレス(任意)	@
よかドック (特定健診) 受診番号	

※ よかドック (特定健診) 受診番号は、受診券に記載してあります。

下記の質問にお答えください。(必須)

No.	質問項目	回 答 (□欄をチェックしてください)	
1	血圧を下げる薬を内服していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	インスリン注射又は血糖を下げる薬を内服していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	コレステロール・中性脂肪を下げる薬を内服していますか。	<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）にかかっていると言われたり、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・心筋梗塞等）にかかっていると言われたり、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、慢性の腎不全にかかっていると言われたり、治療（人工透析）を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7	医師から、貧血と言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。 ※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1：最近1か月間吸っている 条件2：生涯で6か月以上吸っている、又は合計100本以上吸っている	<input type="checkbox"/> はい（条件1と条件2を両方満たす）	<input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない（条件2のみ満たす）
		<input type="checkbox"/> いいえ	
9	20歳の時の体重から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

(裏面に続きます)

R6.4.1版

No.	質問項目	回 答 (<input type="checkbox"/> 欄をチェックしてください)
11	日常生活において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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
12	ほぼ同年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
13	食事をかんで食べる時の状態はどれに当てはまりますか。	<input type="checkbox"/> なんでも嚙んで食べることができる <input type="checkbox"/> 歯や歯ぐき、かみ合わせなど気になる部分があり、かみにくいことがある <input type="checkbox"/> ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速いですか。	<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食以外に間食や甘い飲み物をとることはありますか。	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんどとらない
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）を飲む頻度はどのくらいですか。 （※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者）	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週5～6日 <input type="checkbox"/> 週3～4日 <input type="checkbox"/> 週1～2日 <input type="checkbox"/> 月に1～3日 <input type="checkbox"/> 月に1日未満 <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 飲まない（飲めない）
19	質問18で「やめた」「飲まない(飲めない)」以外を答えた方のみご回答ください。 飲酒日の1日当たりの飲酒量 ※日本酒1合（アルコール度数15度・180ml）の目安 =ビール（同5度・500ml） =焼酎（同25度・約110ml） =ワイン2杯（同14度・約180ml） =ウイスキー（同43度・60ml） =缶チューハイ（同5度・約500ml、同7度・約350ml）	<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"/> 3～5合未満 <input type="checkbox"/> 5合以上
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣の改善をしてみようと思いませんか。 ① 改善するつもりはない ② 改善するつもりである（概ね6か月以内） ③ 近いうちに（概ね1か月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている ④ 既に改善に取り組んでいる（6か月未満） ⑤ 既に改善に取り組んでいる（6か月以上）	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/>
22	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
23	健康上で気になることがあればご記入ください。	
24	今までかかった病気があればご記入ください。	