



玉野市 特定健康診査票 (令和8年度)

◎ 太枠の中の項目について記入してください。

受診日

受付番号

氏名 性別 男 女

年度末年齢は令和9年3月31日時点の年齢をご記入ください。

40歳以上対象 年度末年齢 年 齢 歳

※注意！ 年度末年齢が75歳の人は、受診する日が75歳の誕生日以降の場合、後期高齢者等健康診査票を使って後期高齢者等健康診査を受けてください。

受付番号

フリガナ 氏名 性別 男 女 生年月日 昭和 年 月 日 年 齢 住所 玉野市 電話 携帯

記入された個人情報 は 厳重に守られます。

下記質問事項の該当する項目に、○をご記入ください。 【記入例】 ○

■ 現病歴・既往歴

服薬中 → 服薬中で通院治療している
観察中 → 治療はないが検査等定期的に通院している

Table with columns for '特になし', '服薬中', '観察中', '既往', '放置' and rows for various medical conditions like 高血圧, 胃潰瘍, etc.



裏面も記入してください

下記質問事項の該当する項目に、○をご記入ください。
ただし、※の項目については、数字をご記入ください。

【記入例】

<p>■自覚症状</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特になし <input type="checkbox"/> ・頭痛がある <input type="checkbox"/> ・胸の痛みがある <input type="checkbox"/> ・腹痛・吐き気がある <input type="checkbox"/> ・喉がよく渴く頻尿がある <input type="checkbox"/> ・むくみが続く <input type="checkbox"/> ・労作時に息切れがある <input type="checkbox"/> 	<p>■家族（父母・兄弟姉妹）の病歴</p> <ul style="list-style-type: none"> ・咳・痰・血痰がある <input type="checkbox"/> ・便に血が付く <input type="checkbox"/> ・よく眠れない <input type="checkbox"/> ・体がだるく疲れやすい <input type="checkbox"/> ・沈んだ気持ちで憂鬱である <input type="checkbox"/> ・興味がなく楽しめない <input type="checkbox"/> ・意欲がわかない集中できない <input type="checkbox"/> 	<p>■食事経過時間</p> <p>ミルクや砂糖入りコーヒー、糖分を含むジュース、飴などは食事と見なします。 ※ <input type="text"/> 時間</p> <p>■現在の職業</p> <ul style="list-style-type: none"> ・座位作業・事務 <input type="checkbox"/> ・立位作業 <input type="checkbox"/> <p>■女性に確認します</p> <p>現在、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・生理中 <input type="checkbox"/> ・妊娠中 <input type="checkbox"/> ・妊娠の可能性 <input type="checkbox"/>
<p>■特定健診項目について ※の項目は数字を記入</p> <ul style="list-style-type: none"> ・20歳の時から体重が10kg以上増加している <input type="checkbox"/> ・1日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 <input type="checkbox"/> ・日常生活において歩行又は同等の身体運動を1日1時間以上実施 <input type="checkbox"/> ・ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い <input type="checkbox"/> ・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 <input type="checkbox"/> ・朝食を抜くことが週に3回以上ある <input type="checkbox"/> ・睡眠で休養が十分とれている <input type="checkbox"/> ・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"/> 	<ul style="list-style-type: none"> ※・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 <input type="checkbox"/> ①何でもかんで食べる事ができる ②歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある ③ほとんどかめない <ul style="list-style-type: none"> ※・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 <input type="checkbox"/> ①毎日 ②時々 ③ほとんど摂取しない <ul style="list-style-type: none"> ※・人と比較して食べる速度が速い <input type="checkbox"/> ①速い ②普通 ③遅い <ul style="list-style-type: none"> ※・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 <input type="checkbox"/> 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(概ね1か月以内)に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) 	<p>■たばこ</p> <p>現在、たばこを習慣的に吸っていますか</p> <p>条件1：最近1か月間吸っている 条件2：生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている</p> <ul style="list-style-type: none"> ①はい(条件1と2の両方を満たす) <input type="checkbox"/> ②以前吸っていたが最近1か月間は吸っていない(条件2のみ満たす) <input type="checkbox"/> ③いいえ(①②以外) <input type="checkbox"/> <p>■お酒</p> <p>・飲む頻度はどれくらいですか 〔「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〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ①毎日 <input type="checkbox"/> ②週5~6日 <input type="checkbox"/> ③週3~4回 <input type="checkbox"/> ④週1~2日 <input type="checkbox"/> ⑤月に1~3日 <input type="checkbox"/> ⑥月に1日未満 <input type="checkbox"/> ⑦やめた <input type="checkbox"/> ⑧飲まない(飲めない) <input type="checkbox"/> <p>・1日あたりの飲酒量をご回答ください</p> <ul style="list-style-type: none"> ①1合未満 <input type="checkbox"/> ②1~2合未満 <input type="checkbox"/> ③2~3合未満 <input type="checkbox"/> ④3~5合未満 <input type="checkbox"/> ⑤5合以上 <input type="checkbox"/> <p>日本酒1合(15度180ml)の目安</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ビール5度(500ml) ・焼酎25度(110ml) ・ワイン14度(180ml) ・ウイスキー43度(60ml) ・缶チューハイ5度(500ml) 7度(350ml)
<p>■特に気になることがありましたらご記入ください</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>		