

◎ 枠内のご記入をお願いします

ID：

フリガナ		生年月日	年 月 日	性別	女
氏 名					
住 所	〒 ※ 住所欄は、マンション名・お部屋番号まではっきりとお書きください (確認事項で当センターから連絡することがあります)				
TEL(携帯)		TEL(自宅)			

【緊急連絡先】人間ドック健診受診中に緊急事態が発生した場合の連絡先(本人以外)を必ずご記入ください
※他の目的で使用することはありません

TEL(携帯)		家族 (続柄)
フリガナ		
お名前		親戚 ・ 職場 ・ その他

ご来院の方へお願い

当院・当センターにご来院の方には、院内規則を遵守していただきますようお願い致します。

院内・センター内では、以下の事項について固く禁止します。

- ① 敷地内での喫煙(加熱式・電子たばこも禁)・飲酒(ノンアルコール飲料、アルコールテイスト飲料も禁)
- ② 他の患者さんや職員への暴力、威嚇、大声、暴言、強要、セクシャルハラスメントなどの迷惑行為
 - ・ 大声・暴言等で他の患者さんに迷惑を及ぼし、職員の業務を妨げる行為
 - ・ 解決しがたい要求を繰り返し行い、職員の業務を妨げる行為
 - ・ 不当な面談要求、執拗に説明を要求する行為
- ③ 設備・備品等を故意に破損する行為
- ④ カメラ・ビデオ・録音機器・携帯電話等による許可のない撮影や録音、ブログ・SNS等に投稿すること(許可された撮影は除きます)
- ⑤ 多額の現金、貴重品の持ち込み(盗難が発生した場合、当院は責任を負いかねます)
- ⑥ 当院の規則に反する行為や、正当な理由なく職員の指示に従わない行為

患 者 様 の 権 利

慈愛会 いづろ今村病院は、患者様の立場にたった最良の医療を提供することを目指し、患者様が安全な医療を公平に受けることが出来る為に、患者様の基本的な権利「患者の権利宣言」(リスボン宣言)を尊重し、以下に関して誠心誠意、努力致します。

- 1. 個人の尊厳
- 2. 良質な医療を受ける権利
- 3. 診療に関して説明と情報を受ける権利
- 4. セカンドオピニオンを求める権利
- 5. 自己決定の権利
- 6. 知る権利
- 7. 秘密保持に関する権利

【問 診 票】

ID：

年齢

歳

◎ この問診票は、健診の際の参考といたします。**必ずご記入の上** 健診当日、ご提出ください。

- 1. 業務歴 (現在のお仕事についてご記入ください)
職種 () 従事年数 ()
- 2. 健診を安全に受けていただくために「はい・いいえ」で回答してください。
※回答によっては一部の検査を控えていただく場合があります。
 - ① 体に金属・医療機器がある (例)ボルト・ペースメーカー・リブレなど ☐ はい ・ ☐ いいえ (具体的に)
 - ② 動脈瘤(脳・胸部・腹部など)を指摘されている ☐ はい ・ ☐ いいえ
 - ③ シャント術を受けている(脳・胸部・腹部・腰部・腕など) ☐ はい ・ ☐ いいえ
 - ④ 手術(③以外、内視鏡や腹腔鏡での手術を含む)を受けたことがある ☐ はい ・ ☐ いいえ (歳 部位：)
 - ⑤ 採血など、検査で気分が悪くなったことがある ☐ はい ・ ☐ いいえ (検査名：)
 - ⑥ 薬や食品、果物のアレルギーがある ☐ はい ・ ☐ いいえ (対象品目：)
- 3. これまでの病気や手術(内視鏡や腹腔鏡での手術を含む)、または現在治療・通院中の病気についてご記入ください。
内服薬に関しては、ご記入またはお薬手帳・薬剤情報紙をご持参ください。

＜現在の状況・既往歴＞			
病 名	治療方法 (★右記番号でも可)	内服薬名 (お薬手帳持参の方は記入不要)	発症年齢 (歳)
(例) 高血圧	内服中	アムロジピン	52
(例) 大腸ポリープ	5		48

＜★治療方法＞

- 1. 現在治療中(内服を含む)
- 2. 主治医指示のもと経過観察中(検査のみ)
- 3. 手術後、治療中または経過観察中
- 4. 治療後、完治
- 5. 手術後、完治
- 6. 放置
- 7. 精密検査後、治療不要または異常なし

- 4. 定期的に眼科を受診していますか。
() いいえ
() はい → ☐ 白内障 ☐ 緑内障 ☐ 糖尿病性網膜症 ☐ 糖尿病で定期受診
→ ☐ 黄斑変性 ☐ コンタクト作成で定期受診
→ ☐ その他 ()
→ 点眼 ☐ なし ・ ☐ あり ()

5. 自覚症状(体調で気になること)がありますか。

- ☐ なし
- ☐ 胸のしめつけ感
- ☐ 脈の飛ぶ感じ・動悸
- ☐ 労作時の息切れ
- ☐ 咳や痰(1か月以上)
- ☐ 頭痛
- ☐ 吐き気
- ☐ だるい・疲れやすい
- ☐ 胸やけ
- ☐ 胃痛
- ☐ 腹痛
- ☐ 便秘
- ☐ 下痢
- ☐ 食欲がない
- ☐ 体重減少
- ☐ その他（ ）

6. ご家族の病気についてご記入ください。

- ・脳卒中（ 祖父母 ・ 父 ・ 母 ・ 兄弟姉妹 ）
- ・高血圧（ 祖父母 ・ 父 ・ 母 ・ 兄弟姉妹 ）
- ・心臓病（ 祖父母 ・ 父 ・ 母 ・ 兄弟姉妹 ）
- ・糖尿病（ 祖父母 ・ 父 ・ 母 ・ 兄弟姉妹 ）
- ・緑内障（ 祖父母 ・ 父 ・ 母 ・ 兄弟姉妹 ）
- ・が ん（ 祖父母 ・ 父 ・ 母 ・ 兄弟姉妹 ）→（ 部位： ）
- ・その他（ ）→（ 祖父母 ・ 父 ・ 母 ・ 兄弟姉妹 ）

7. たばこ(電子たばこ・加熱式たばこを含む)についてご記入ください。

A「現在吸っている」

- ・現在吸っているたばこの種類を該当するものすべてチェックしてください。
- ☐ 紙たばこ
- ☐ 加熱式たばこ(アイコス等)
- ☐ 電子たばこ
- ☐ 葉巻

B「吸っていたがやめた」

- ・禁煙してからの期間 約（ ）年

C「吸っていたがやめた」または「吸ったことがない」

- ・たばこの煙が漂うまたは臭いがする場所で過ごすことがありますか。
- ☐ ほとんどない
- ☐ ある ⇒平均して1日どのくらいの時間ですか。（ ）時間くらい

8. 大腸オプション検査を受ける方のみご記入ください。

- 大腸カメラの経験はありますか。
- ☐ ない ・ ☐ ある（ 年前、 当院 ・ 他院 ）

9. 女性の方のみご記入ください。

- ①健診当日、生理中ですか。
- ☐ はい
- ☐ いいえ →（ 最終月経： 月 日から 月 日まで）
- ☐ 閉経 →（ 歳）

- ②妊娠について
- ☐ 妊娠中（ か月）
- ☐ 妊娠の可能性がある
- ☐ 妊娠の可能性はない

- ③現在、授乳中ですか。
- ☐ はい ・ ☐ いいえ

検査を安全に受けていただくために、以下の内容をご理解のうえ、同意いただけた場合は**署名**をお願いします。

○検査に伴う偶発症について

偶発症により必要となった医療行為に対しての当院からの補償はございません。受診者様の医療保険を適用させていただくことになりますのでご了承ください。

（注：偶発症とは適切に検査や治療がおこなわれていても、ある一定の頻度で起こりえるものであり、医療過誤と同義語ではありません）

○以下に該当する場合、人間ドック健診または一部の検査を中止させていただきます。

- *結核・コロナ・インフルエンザ・感染性胃腸炎、その他流行性疾患などの感染症が疑われる場合
- *発熱や体調不良の場合
- *当日、血圧が高い場合（180/110mmHg以上）
- *当日、インスリン注射や糖を下げる薬を使用した場合
- *検査結果、病気などの身体の状態で危険を伴うと医師が判断した場合
- *検査前の食事や飲酒があった場合
- *体重130kg以上の場合
- *他の受診者に対する迷惑行為や職員に対するハラスメント（暴言・暴力・セクハラ等）があった場合

○女性の方へ

- *妊娠が否定できない場合、受診の延期または以下の検査を中止させていただきます。
- 胸部X線、胃透視、マンモグラフィ、胃内視鏡、頭部MRI／MRA、胸部CT、内臓脂肪CT、骨密度、肺機能
- *授乳中に胃透視、経鼻カメラ、鎮静剤を使用した胃内視鏡検査を受けた場合は検査後24時間の断乳が必要です。

○結果の取り扱いについて

- *今回の問診情報・検査結果について、事業所・医療保険者との委託契約がある場合、契約に則って提出させていただきます。
- *オプション検査など労働安全衛生法令の検査項目以外の結果も報告書に記載されます。事業者・医療保険者にも提出させていただきますが、記載を希望されない方はお申し出ください。
- *人間ドック健診の質の向上を図るために集計・統計等のデータ解析などに活用させていただくことがありますので、予めご了承ください。

○医療情報の取り扱いについて

- *「現在の状況・既往歴」は問診票のとおり、並びにご本人さまの自己申告で把握させていただきます。ご申告のない病名において検査などに問題が生じた場合、当センターは責任を負いかねます。また、事業所からの適切な安全配慮義務を受けられない場合があります。ご了承ください。
- *当センターはいづろ今村病院の併設施設です。医療情報は慈愛会の関連施設と連携しています。各施設でデータを共有していることをご了承下さい。

私は、上記の内容を理解し、人間ドック・健康診断を受診することに同意したので、ここに署名します。

西 暦 年 月 日

受診者氏名

代理人氏名（続柄）

