

INFORMATION

No. 30047

2019年3月8日

よかドック、よかドック30、生活習慣病予防健診、 県医師会集合契約等健診の申込書兼問診票変更のお知らせ

謹啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

平素は格別のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。

このたび、下記項目におきまして、申込書 兼 問診票を変更
させていただきたくご案内いたします。

何卒、ご了承賜りますようよろしくお願い申し上げます。

敬 白

記

【実施日】 2019年4月1日（月）ご依頼分より

【変更項目】

- ・よかドック申込書 兼 問診票
- ・よかドック30（サティ）申込書 兼 問診票
- ・生活習慣病予防健診申込書 兼 問診票
- ・県医師会による集合契約等用申込書 兼 問診票

【注意点】

申込書 兼 問診票の変更に伴い、従来の総合検査依頼書では上記項目は検査依頼が
できなくなります。変更された申込書 兼 問診票が検査依頼書にもなりますので、ご
出検に際してご留意お願いいたします。

※ 詳細内容につきましては次頁からの案内をご参照ください。



一般社団法人

福岡市医師会臨床検査センター

〒814-0001 福岡市早良区百道浜1丁目6番9号 TEL(092)852-1506 FAX(092)852-1510

特定健診(よかドック)申込書 兼 問診票

2019年4月1日(月)より、問診票が変わりました(検査依頼書と問診票が1枚になりました)

【注意点】

- ①総合検査依頼書の提出は不要になりました。下記申込書兼問診票でご提出下さい。
- ②眼底検査が、従来の3分類から4分類での記入に変更になりました。
- ③問診部分の未記入での提出はできません。検体と一緒にご提出下さい。

健診を受けられる方へ、福岡市からのお願い
下記の注意事項をよくお読みください。

※この健診は、年度内(4月1日～翌3月31日)に40歳以上75歳未満の福岡市国民健康保険被保険者の方が対象です。
(該当年度75歳になる人も誕生日の前日までは対象となります。年度内40歳になる人は、受診時に39歳でも受診できます。)

※よかドックは、1年度中に1回受診できます。今年度、既に受診された方は受診できません。
なお、対象外の方が受診されますと、全額自己負担していただくことがあります。

※今回のよかドックの結果、動機付け支援レベル・積極的支援レベルに該当された方は、特定保健指導を利用してください。

※よかドックの結果並びに特定保健指導の結果は、みなさまの健康づくりに活用するため、福岡市においてコンピュータに登録し、今後の保健指導等に活用します。(福岡市における各種健康教室のご案内をすることがあります。)

※精度管理・研究のため、統計データとして活用させていただく場合がありますが、個人情報の秘密は厳守いたします。

- 太枠内 は受診された方が記入して下さい。
- ・郵便番号
 - ・住所
 - ・生年月日
 - ・年齢
 - ・性別
 - ・電話番号(市外局番より)
 - ・カナ氏名
 - ・署名(漢字)
 - ・受診のきっかけ
 - ・問診1~18(すべてお答え下さい)
 - ・健康上で気になること

裏面のお読みをとお読みになり、内容を確認後にチェックし、太枠内に記入して下さい。

受診日を西暦で記入して下さい。

本健診と同時に行う項目があればチェックして下さい。

依頼書ID 211 よかドック申込書 兼 問診票(福岡市国民健康保険の特定健診) 依頼書番号

病院コード 手書き用コード

※裏面の福岡市からのお願いをよくお読みになり、太枠内のご記入をお願いします。

受診日 20 月 日

作成日 2019.3

追加検査項目(実施時期、対象条件にご注意ください)

計測等(数字は右詰で記入してください)

身長 cm 体重 kg

腹囲 cm

血圧 収縮期 mmHg 拡張期 mmHg

尿検査 尿蛋白 尿糖

貧血検査 貧血の有無 眼底検査 眼底検査

心電図検査 心電図検査

既往歴・現病歴(治療状況)があれば下記にチェックしてください。

自覚症状があれば下記にチェックしてください。

医師のコメント

保険者番号 4050 減免

被保険者番号

受診番号

患者カルテNo.

担当医カネ

担当医署名(漢字)

検査項目 血清 血球 血糖 尿酸 尿 担当サイン

問診 次の質問にすべてお答えください。あてはまるものに、または数字をご記入ください。

1 検査前の食事は何時間前にとりましたか? 食後 時間 分

2 下記の薬を内服していますか?(複数回答可)

3 医師から下記の病気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?(複数回答可)

4 医師から貧血と言われたことがありますか?

5 現在、たばこを習慣的に吸っていますか?

6 20歳の時の体重から10kg以上増加していますか?

7 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?

8 1回30分以上の軽〜汗をかき運動を週2日以上、1年以上実施していますか?

9 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?

10 ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか?

11 人と比較して食べる速度が速いですか?

12 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?

13 朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂っていますか?

14 朝食を抜くことが週に3回以上ありますか?

15 ①お酒(清酒・焼酎・ビール・洋酒など)を飲む頻度はどのくらいですか?
②1日あたりの飲酒量はどのくらいですか?

16 睡眠で休養が十分とれていますか?

17 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?

18 生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか?

数字は右詰で記入して下さい。

尿検査・貧血検査は該当する結果にチェックして下さい。
尿検査未実施の理由に該当する場合にチェックして下さい。

心電図検査で所見ありの場合ラベルに添付のコードを記入して下さい。

眼底検査は医師が必要と認めた場合に実施し4分類のいずれかで記入して下さい。

既往歴・現病歴・自覚症状があればチェックまたは記入して下さい。
医師のコメントがあれば枠内に記入して下さい。

太枠内は全て記入して下さい。

よかドック30(サ-ティ)申込書 兼 問診票

2019年4月1日(月)より、問診票が変わりました(検査依頼書と問診票が1枚になりました)

【注意点】

- ①総合検査依頼書の提出は不要になりました。下記申込書兼問診票でご提出下さい。
- ②問診部分の未記入での提出はできません。検体と一緒にご提出下さい。

健診を受けられる方へ、福岡市からのお願い
下記の注意事項をよくお読みください。

*この健診は、年度内(4月1日～翌年3月31日)に30～39歳になる方で、職場等で受診する機会のない方が対象です。
(受診時に29歳でも年度内に30歳になる方は受診できます。また、受診時に39歳でも年度内に40歳になる方は受診できません。)

*よかドック30は、1年度中に1回受診できます。今年度、既に受診された方は受診できません。
なお、対象外の方が受診されますと、全額自己負担していただくことがあります。

*今回のよかドック30の結果、動機付け支援レベル・積極的支援レベルに該当された方、もしくは検査値等で
保健指導を受ける必要がある方は、ヘルシースクール(個別相談)を利用してください。

*よかドック30の結果並びに個別保健指導の結果はみなさまの健康づくりに活用するため、福岡市においてコンピュータに登録し、
今後の保健指導等に活用します。(福岡市における各種健康教室のご案内をさせていただきます。)

*健診の精度管理・研究のため、統計データとして活用させていただく場合がありますが、個人情報の秘密は厳守いたします。

- 太枠内 は受診された方が記入して下さい。
- 郵便番号
 - 住所
 - 生年月日
 - 年齢
 - 性別
 - 電話番号(市外局番より)
 - カナ氏名
 - 署名(漢字)
 - 問診1～19(すべてお答え下さい)
 - 健康上で気になること

裏面のお願いをお読みになり、
内容を確認後にチェックし、太枠内
に記入して下さい。

受診日を西暦で記入
して下さい。

本健診と同時に行う項目
があればチェックして下さい。

依頼書 ID 231 福岡市「よかドック30」申込書 兼 問診票

作成日 2019.3

追加検査項目(実施時期、対象条件にご注意ください)
 尿検査 市肝炎検査 市がんリスク検査 ※当年度35歳

計測等(数字は右詰で記入してください)
 身長 cm 体重 kg
 腹囲 cm
 血圧 mmHg 拡張期 mmHg
 尿検査 尿蛋白 尿糖 尿潜血 尿潜血(生理中)
 貧血検査(全実施)
 貧血検査 貧血の既往あり 顕微鏡所見あり
 既往歴・現病歴(治療状況)があれば下記にチェックしてください。
 高血圧 高脂血症 糖尿病 腎臓病 がん 心臓病 脳卒中 その他(治療状況等)
 自覚症状があれば下記にチェックしてください。
 動悸・息切れ のどの痛み 胸の痛み・しめつけ その他
 医師のコメント
 減免 1=減免あり(非課税) 2=減免あり(生保) 3=減免なし
 患者カルテNo.
 担当医カネ
 担当医署名(漢字)
 担当サイン

問診 次の質問にすべてお答えください。あてはまるものに、または数字をご記入ください。

1 検査前の食事は何時間前にとりましたか? 食後 <input type="text"/> 時間 <input type="text"/> 分	12 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
2 下記の薬を内服していますか?(複数回答可) <input type="checkbox"/> 血圧を下げる薬 <input type="checkbox"/> インスリン注射又は血糖を下げる薬 <input type="checkbox"/> コレステロール・中性脂肪を下げる薬	13 夕食後に間食(3食以外の夜食)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
3 医師から下記の病気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? (複数回答可) <input type="checkbox"/> 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) <input type="checkbox"/> 心臓病(狭心症・心筋梗塞等) <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病・腎不全・人工透析	14 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
4 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	15 外食は週何回程度ですか?(3食合計で) ※市販の惣菜や弁当も含みます。 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々「毎日」「時々」と答えた方は②へ <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない(飲めない)→質問17へ
5 現在、たばこを習慣的に吸っていますか? (たばこを習慣的に吸っている目安) 今までに合計100本以上、又は6カ月以上吸っていて、なおかつ最近1カ月間も吸っている。	16 ①お酒(清酒・焼酎・ビール・洋酒など)を飲む頻度はどのくらいですか? <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない(飲めない)→質問17へ ②1日あたりの飲酒量はどのくらいですか? <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合以上 〈清酒1合(180ml)の目安〉 ビール中瓶1本(約500ml)、ワイン2杯(240ml)、ウイスキーダブル1杯(約60ml)、焼酎35度(80ml)
6 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	17 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
7 この1年間で体重の増減が±3kg以上ありましたか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	18 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? <input type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 改善するつもりである(概ね6カ月以内) <input type="checkbox"/> 近いうちに(概ね1カ月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6カ月未満) <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6カ月以上)
8 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	19 生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9 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	
10 ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか? <input type="checkbox"/> 早い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 遅い	
11 人と比較して食べる速度が速いですか? <input type="checkbox"/> 早い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 遅い	

(健康上で気になることがあればご記入ください。)

数字は右詰で記入して下さい。

尿検査は該当する結果に
チェックして下さい。

貧血検査は該当する実施理由に
チェックして下さい。

既往歴・現病歴・自覚症状があれば
チェックまたは記入して下さい。
医師のコメントがあれば枠内に記入
して下さい。

減免区分は必ず記入して下さい。

担当医師名は必ず記入して下さい。

生活習慣病予防健診申込書 兼 問診票

2019年4月1日(月)より、問診票が変わりました(検査依頼書と問診票が1枚になりました)

【注意点】

- ① 総合検査依頼書の提出は不要になりました。下記申込書兼問診票でご提出下さい。
- ② 眼底検査が、従来の3分類から4分類での記入に変更になりました。
- ③ 問診部分の未記入での提出はできません。検体と一緒にご提出下さい。

健診を受けられる方へ、福岡市からお願い
下記の注意事項をよくお読みください。

*この健診は、「生活保護を受給している方」および、「中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律に基づく支援給付を受給している方」のうち、医療保険に加入していない、40歳以上の方が対象です。

*高血圧・糖尿病・脂質異常症・脳卒中(脳出血・脳梗塞等)・心臓病(狭心症・心筋梗塞等)・慢性腎臓病や血液透析等で治療を受けている方は対象外となります。

*健診は、1年度中に1回受診できます。今年度すでに受診された方は受診できません。

なお、対象外の方が受診されますと、全額自己負担していただくことがあります。

*今回の健診の結果はみなさまの健康づくりに活用するため、福岡市においてコンピュータに登録し、今後の保健指導等に活用します。(福岡市の保健師等が電話や訪問を行ったリ、福岡市における各種健康教室のご案内をすることがあります。)

*健診の精度管理・研究のため、統計データとして活用させていただく場合がありますが、個人情報の秘密は厳守いたします。

- 太枠内 は受診された方が記入して下さい。
- ・郵便番号
 - ・住所
 - ・生年月日(西暦)
 - ・年齢
 - ・性別
 - ・電話番号(市外局番より)
 - ・カナ氏名
 - ・署名(漢字)
 - ・問診1~17(すべてお答え下さい)
 - ・健康上で気になること

裏面の福岡市からのお願いをお読みになり、内容を確認後にチェックし、太枠内に記入して下さい。

受診日及び生年月日は西暦で記入して下さい。

【医療機関の方へお願い】

本健診では、下記疾患に該当される方の受診はできません。受診された方へ該当疾患がないか確認を行い、該当なしのチェックをお願いします。

依頼書ID 2 2 1 福岡市「生活習慣病予防健診」(生活保護を受給している方等) 申込書兼問診票 依頼番号

病院コード 手書き用コード

※裏面の福岡市からのお願いをよくお読みになり、太枠内のご記入をお願いします。

受診日 20 月 日

健康を受診するにあたり裏面の内容を確認しました。
※確認後 して下さい。

生年月日(西暦) 年 月 日

年齢 性別 男 女

市外局番から〜(117カ)なして記入して下さい。例)0928521506

電話番号(市外局番)

住所 福岡市 区

氏名 姓(カ) 姓(カタ) 名(カ) 名(カタ) 署名

問診 次の質問にすべてお答えください。あてはまるものに 、または数字をご記入ください。

1 検査前の食事は何時間前にとりましたか? 食後 時間 分	12 朝夕の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"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない
2 医師から下記の病気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? (複数回答可) <input type="checkbox"/> 脳卒中(脳出血・脳梗塞等) <input type="checkbox"/> 心臓病(狭心症・心筋梗塞等) <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病・腎不全・人工透析	13 朝食を抜くことが週に3回以上ありますか?
3 医師から貧血と言われたことがありますか?	14 ①お酒(清酒・焼酎・ビール・洋酒など)を飲む頻度はどのくらいですか? <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない(飲めない)
4 現在、たばこを習慣的に吸っていますか? (たばこを習慣的に吸っている目安) 今までに合計100本以上、又は6カ月以上吸っていて、なおかつ最近1カ月間も吸っている。	②1日あたりの飲酒量はどのくらいですか? <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合以上 (清酒1合(180ml)の目安) ビール(約500ml)、ワイン2杯(240ml)、ウイスキーダブル1杯(約60ml)、焼酎25度(110ml)
5 20歳の時の体重から10kg以上増加していますか?	15 睡眠で休養が十分とれていますか?
6 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"/> 何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> ほとんどかめない <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	16 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? <input type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 改善するつもりである(概ね6カ月以内) <input type="checkbox"/> 近いうちに(概ね1カ月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている
7 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?	17 生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか? <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6カ月未満) <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6カ月以上)
8 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?	健康上で気になることがあればご記入ください。
9 ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか? <input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 遅い	
10 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"/> 普通 <input type="checkbox"/> 遅い	
11 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?	

患者カルテNo. 担当医カネ 担当医署名(漢字)

作成日 2019.3

【医療機関の方へお願い】生活習慣病関連疾患で治療中の人は当健診の対象外です。下記の該当疾患がないか確認をお願いします。

- ・高血圧・糖尿病・脂質異常症
- ・脳血管疾患(脳出血・脳梗塞等)
- ・心臓病(狭心症・心筋梗塞等)
- ・慢性腎臓病、腎不全(血液透析等)等

*1項目でも該当した場合は、健診としての取り扱いはできません

追加検査項目(実施時期、対象条件にご注意ください)

尿検査	市がんリスク検査	市PSA検診	市がんリスク検査
※2月10日のみ実施2歳以上	※2月10日のみ実施55歳以上	※2月10日のみ実施55歳以上	※2月10日のみ実施55歳以上

計測等(数字は右詰で記入してください)

身長 cm 体重 kg

腹囲 cm

血圧 収縮期 mmHg 拡張期 mmHg

尿検査 尿糖 尿潜血 尿蛋白 尿潜血 尿蛋白 生理中の場合は-

詳細な健診(貧血検査、心電図検査は全員実施)

貧血検査 貧血の既往あり 貧血の既往なし 心電図検査 所見ありはラベルに添付のコードを右詰に記入 所見なし その他所見

眼底検査 医師が必要と認めた場合に実施(注)4分類のいずれかを記載してください

Wong-Mitchell 分類

1=軽度	2=軽度	3=中等度	4=高度
1=軽度	2=軽度	3=中等度	4=高度

既往歴・現病歴(治療状況)があれば下記にチェックしてください。

高血圧 高脂血症 糖尿病 腎臓病 腎疾患 心臓病 脳血管疾患 慢性腎臓病 慢性腎臓病 慢性腎臓病

自覚症状があれば下記にチェックしてください。

動悸・息切れ のどの痛み 胸の痛み・しめつけ その他

他覚症状

その他

本健診と同時に行う項目があればチェックして下さい。

数字は右詰で記入して下さい。

尿検査・貧血検査は該当する結果にチェックして下さい。

心電図検査で所見ありの場合、ラベルに添付のコードを記入して下さい。

眼底検査は医師が必要と認めた場合に実施し4分類のいずれかで記入して下さい。

既往歴・現病歴・自覚症状があればチェックまたは記入して下さい。他覚症状・その他があれば枠内に記入して下さい。

担当医師名は必ず記入して下さい。

