

定期健康診断受診票(教職員)記入例

問診票あり
毎年、必ず提出してください

所 属	〇〇〇〇〇課	氏 名	高畑 太郎
職 名	〇〇〇	年度末年齢〇〇歳	生年月日 〇〇 年 〇 月 〇 日

記 録

身 長(必須項目)		178 . 0			
体 重(必須項目)		76 .			
B M I 保健センターで記入します					
※ 聴力 (対象35歳・40歳・ 45歳以上必須項目)	(右)	1000Hz	dB	4000Hz	
	(左)	1000Hz	dB	4000Hz	
血 圧 (必須項目)		最 高 134			
		最 低 72			
(臍上)腹 囲 (対象35歳・40歳以上必須項目)		89			
心電図検査 (対象35歳・40歳以上 秋季必須項目)					
備考					

【教職員】記入方法

- ①健康診断受診票をプリントアウトのうえ、所属・氏名・職名・年度末年齢・生年月日を記入し、4月の健康診断に持参してください。
- ②各種測定(身長・体重・血圧・視力・腹囲)は、該当年度の1月1日以降に保健センター等で測定し、記入漏れのないようにご記入ください。
- ③聴力検査(対象者:35歳・40歳・45歳以上)については随時、保健センターで計測しますのでスタッフにご相談ください。
- ④内科診察は必須項目です。診察には教職員問診票が必要です。
- ⑤検尿容器は健康診断当日、内科診察受付にてお渡しします。教職員検査指定日に保健センターまで提出してください。

ご協力を賜りますようお願い申し上げます。
奈良教育大学保健センター

※聴力検査は随時、保健センターで検査します。
◆必須項目については未受検や記入漏れのないように、必ず受検してください。
本学では、労働安全衛生法に基づいて健康診断を行っており、教職員の方(非常勤職員含む)には必ず人間ドック又は定期健康診断を受けていただくことになっています。

定期健康診断受診票(教職員)

奈良教育大学保健センター

問診票あり
毎年、必ず提出してください

所 属		氏 名			
職 名		年度末年齢 歳	生年月日	年	月 日

記 録

身 長(必須項目)					cm	視 力 (右)		矯 正()
体 重(必須項目)					kg	視 力 (左)		矯 正()
B M I 保健センターで記入します						胸部X線撮影日 各自で記入してください	年 月 日	
※ 聴力 (対象35歳・40歳・ 45歳以上必須項目)	(右)	1000Hz		dB	4000Hz		X線検診車(必須項目)	レントゲン番号()
	(左)	1000Hz		dB	4000Hz			
血 圧 (必須項目)	最 高				mmHg		内 科 診 察 (必須項目)	★《教職員問診票》は、必ず提出してください。
	最 低				mmHg			
(臍上)腹 囲 (対象35歳・40歳以上必須項目)					cm	検 尿 (必須項目)	容器を持ち帰り、指定日に提出してください。 提出場所：保健センター 時間：8:30～11:00 ★検尿容器は内科診察受付にてお渡ししています。	潜血
心電図検査 (対象35歳・40歳以上 秋期必須項目)								蛋白
備 考								尿糖
						ウロビリ		

※聴力検査は随時、保健センターで検査します。

◆必須項目については未受検や記入漏れのないように、必ず受検してください。

本学では、労働安全衛生法に基づいて健康診断を行っており、教職員の方(非常勤職員含む)には必ず人間ドック又は定期健康診断を受けていただくことになっています。



教職員問診票

年一回 春期健康診断の際に必ず提出してください。
奈良教育大学 保健センター

回答欄の該当する番号に○をつけて下さい。

記入年月日	通常(春期提出)は 4月1日以降の日付を記入してください 年 月 日		所 属		
漢字氏名			生年月日	西 暦	年 月 日
			性 別	男 女	
既往歴	年前 才		家族病歴	がん	兄弟・父母・祖父母
	年前 才			糖尿病	兄弟・父母・祖父母
				心臓病	兄弟・父母・祖父母
				脳血管疾患	兄弟・父母・祖父母
自覚症状					
血圧を下げる薬を飲んでいる			1: はい(薬剤名) 2: いいえ		
インスリン注射又は血糖を下げる薬を飲んでいる			1: はい(薬剤名) 2: いいえ		
コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいる			1: はい(薬剤名) 2: いいえ		
脳卒中(脳出血、脳梗塞等)の既往がある、又は治療中である			1: ある(病名) 2: いいえ		
心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の既往がある、又は治療中である			1: ある(病名) 2: いいえ		
医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析など)を受けていますか			1: ある(病名) 2: いいえ		
医師から、貧血といわれたことがありますか			1: ある(病名) 2: いいえ		
現在、習慣的にたばこを吸っていますか(注1)	1: はい(条件1と条件2を両方満たす) 2: 以前は吸っていたが、最近1ヶ月間は吸っていない(条件2のみ満たす) 3: いいえ(①②以外)		お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどれくらいですか 1: 毎日 2: 週5~6日 3: 週3~4日 4: 週1~2日 5: 月に1~3日 6: 月に1日未満 7: やめた(注2) 8: 飲まない・飲めない		
20歳の時の体重から10キロ以上増加していますか	1: はい 2: いいえ		飲酒日の1日当たりの飲酒量はどれくらいですか 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(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) 1: 1合未満 2: 1~2合未満 3: 2~3合未満 4: 3~5合未満 5: 5合以上		
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	1: はい 2: いいえ		睡眠で休養が十分とれていますか 1: はい 2: いいえ		
日常生活で、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	1: はい 2: いいえ		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すか 1: 意志なし 2: 意志あり(6か月以内) 3: 意志あり(近いうち) 4: 取組済み(6ヶ月未満) 5: 取組済み(6ヶ月以上)		
ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか	1: はい 2: いいえ		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 1: はい 2: いいえ		
食事を噛んで食べる時の状態は、どれにあてはまりますか	1: なんでもかんで食べることができる 2: 歯や歯ぐき、かみ合わせに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		他覚症状 ※ 医師記載事項		
人と比較して食べる速度は速いですか	1: 速い 2: ふつう 3: 遅い		1: 特記すべきことあり、 2: 特記すべきことなし		
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	1: はい 2: いいえ		(所見)		
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	1: はい 2: いいえ		保健指導レベル ※ 医師記載項目		
朝食をぬくことが週に3回以上ありますか	1: はい 2: いいえ		1: 積極的支援、2: 動機付け支援、3: なし、4: 判定不能		

注1「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ヶ月間吸っている 条件2: 生涯で6ヶ月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている
注2「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である