



医療法人社団 令成会
川口パークタワークリニック
〒332-0016
埼玉県川口市幸町1-7-1
川口パークタワー 2F
TEL 048-299-4106
FAX 048-229-6931

健康診断のご案内

この度は、健康診断のお申込みをいただきまして誠にありがとうございます。
受診に際し、下記事項をご確認の上お越しくさせていただきますようお願いいたします。
ご不明な点がございましたらお気軽に当院までお問い合わせください。
尚、日程の変更等がございましたら、事前にご連絡くださいますようお願い申し上げます。

●予約情報

健診日 **2026年** 月 日 ()
健診時間 時 分 受付時間 時 分
申込コース

●持ち物

- ・ **マイナ保険証**または**資格確認書**（マイナンバーカードをお持ちの方でも必ずご持参ください）
- ・ 受診券/受診票/受診カード等（医療機関へ提出が必要な方）
- ・ 問診票（ご受診内容等、既往歴等、質問票）＜事前にご記入ください＞
- ・ 尿検体 ・ 便検体（1日目、2日目）

●当日の検査項目

※お申し込みいただいたコース内容に準ずる		

※健診当日に尿・便検査をお持ちできない方へ 再提出期限は、受診日から**7日間**です。
提出期限に間に合わない場合、尿・便検査のみキャンセルとなりますので予めご了承ください。
※川口市肺がん検診は医師会の2重読影のため結果送付まで1ヶ月程度かかります。



【アクセス】

- 電車でお越しの方
 - ・ JR京浜東北線「川口」駅東口より徒歩約7分
 - ・ 埼玉高速鉄道・東京メトロ南北線「川口元郷」駅より徒歩約13分
- 車でお越しの方
 - ・ 提携駐車場①
リパーク川口栄町2丁目駐車場(川口市栄町2-4-1)
 - ・ 提携駐車場②
栄サンパーキング(川口市栄町2-1-3)
上記をご利用の際には無料駐車券をお渡しします。
お帰りの際、受付にお申し付けください。

問 診 票（ご受診内容等）

問診票は、前もってご記入のうえ、当日受付へご提出ください。

ご記入いただいた内容は、法令に基づいて厳密に取り扱われます。
健康診断に関わる業務以外には使用いたしません。

【個人情報の取り扱い確認】

☐ 個人情報の取り扱いに同意します。
※詳細は右記QRにてご確認ください。



■ お名前、ご住所をご確認ください ※誤りや未印字欄がある場合、赤字で補完をお願いいたします。

お名前		生年月日	
		性別	
ご自宅住所	〒	年度末年齢	
		電話番号①	
		電話番号②	

■ 健康保険証情報をご確認ください ※誤りや未印字欄がある場合、赤字で補完をお願いいたします。

健保組合			
記号		番号	
本人区分	本人		

■ 会社情報をご確認ください(被扶養者は不要です) ※誤りや未印字欄がある場合、赤字で補完をお願いいたします。

事業所名			
勤務先住所	〒	電話番号①	
		電話番号②	
		F A X	

■ 女性の方にお聞きます。

ご 質 問			
a. 現在、生理中ですか。	①はい	②いいえ	(最終生理日:)
b. 月経は順調ですか。	①順	②不順	③閉経 (歳頃)
c. 現在、妊娠中ですか。	①はい (か月)	②いいえ	
d. 妊娠、出産の回数	(回)		
e. 乳首からの分泌物がありますか。	①はい	②いいえ	
f. 乳房にしこりがありますか。	①はい	②いいえ	
g. 乳房に痛みがありますか。	①はい	②いいえ	
h. 不正出血がありますか。	①はい	②いいえ	
i. 婦人科健診(子宮がん・乳がん)を受けたことがありますか。	①毎年(または定期的)	②時々	③なし
j. ホルモン剤を服用していますか。	①はい(病名)	②いいえ	

■ 業務歴についてお聞きます。

ご 質 問			
1 これまでに、重量物の取扱いの経験がありますか。	①はい	②いいえ	
2 これまでに、粉塵の取扱いのある業務経験がありますか。	①はい	②いいえ	
3 これまでに、激しい振動を伴う業務経験がありますか。	①はい	②いいえ	
4 これまでに、有害物質の取扱いのある業務経験がありますか。	①はい	②いいえ	
5 これまでに、放射線の取扱いのある業務経験がありますか。	①はい	②いいえ	
6 現在の職場では、どのような勤務体制で働いていますか。	①常時日勤	②常時夜勤	③交替制(日勤と夜勤の両方あり)
7 現在の職場での、直近1ヶ月間の1日あたりの平均的な労働時間はどのくらいですか。	①6時間未満	②6時間以上8時間未満	③8時間以上10時間未満
			④10時間以上
8 現在の職場での、直近1ヶ月間の1週間あたりの平均的な労働日数はどのくらいですか。	①3日間未満	②3日以上5日間未満	③5日間
			④6日以上

問 診 票 (既往歴等)

川口パークタワークリニック

【 既往歴 】 病名と転帰を下表のコードでご記入ください。

※ 例 40歳で胃潰瘍になり薬剤治療中の場合 → K28-40-T05

病名No.	年齢	転帰ID	病名No.	年齢	転帰ID	その他 (下表に該当しない病名等)

No.	病名	No.	病名	No.	病名	ID	転帰
K01	脳腫瘍	K23	心室中隔欠損症	K45	前立腺がん	T01	手術後 薬剤治療中
K02	脳梗塞	K24	心臓弁膜症	K46	前立腺肥大	T02	手術後 薬剤なし受診中
K03	クモ膜下出血	K25	不整脈	K47	高脂血症	T03	内視鏡下切除後 薬剤治療中
K04	脳出血	K26	食道がん	K48	糖尿病	T04	内視鏡下切除後 薬剤なし受診中
K05	一過性脳虚血発作	K27	胃がん	K49	血液疾患	T05	薬剤治療中
K06	緑内障	K28	胃潰瘍	K50	貧血		
K07	白内障	K29	胃ポリープ	K51	痛風・高尿酸血症		
K08	糖尿病性網膜症	K30	十二指腸潰瘍	K52	神経痛		
K09	その他の眼科疾患	K31	大腸がん	K54	扁桃腺炎		
K10	甲状腺機能低下症	K32	大腸ポリープ	K55	子宮頸がん		
K11	甲状腺機能亢進症	K33	虫垂炎	K56	子宮体がん	T06	薬剤なし受診中 (経過観察含む)
K12	結核・胸膜炎	K34	痔	K57	卵巣嚢腫(腫瘍)	T07	手術後治療終了
K13	肺がん	K35	胆石症	K58	子宮内膜症		
K14	肺線維症	K36	胆のうポリープ	K59	子宮筋腫	T08	内視鏡下切除後 治療終了
K15	肺気腫	K37	慢性膵炎	K60	子宮細胞診異常	T09	治療終了
K16	気管支喘息	K38	肝がん	K61	乳がん		
K17	気管支拡張症	K39	B型肝炎	K62	乳腺症		
K18	慢性気管支炎	K40	C型肝炎	K63	更年期障害		
K19	高血圧	K41	肝硬変	K64	関節リウマチ		
K20	狭心症	K42	腎炎・ネフローゼ				
K21	心筋梗塞	K43	腎結石				
K22	心房中隔欠損症	K44	尿路結石				

【 家族歴 】 続柄と病名を下表のコードでご記入ください。

※ 例 父親が糖尿病、母親が高血圧の場合 → Z1-B13、Z2-B05

続柄ID	病名No.	続柄ID	病名No.	続柄ID	病名No.	その他 (下表に該当しない病名等)

ID	続柄	No.	病名	No.	病名	No.	病名
Z1	父親	B01	脳梗塞	B07	心筋梗塞	B13	糖尿病
Z2	母親	B02	クモ膜下出血	B08	食道がん	B14	子宮頸がん
Z3	兄弟・姉妹	B03	脳出血	B09	胃がん	B15	子宮体がん
Z4	祖父母	B04	肺がん	B10	大腸がん	B16	卵巣嚢腫(腫瘍)
		B05	高血圧	B11	肝がん	B17	乳がん
		B06	狭心症	B12	前立腺がん		

【 自覚症状 】 自覚症状を下表のコードでご記入ください。

自覚症状No.	自覚症状No.	自覚症状No.	その他 (下表に該当しない症状等)

No.	自覚症状	No.	自覚症状	No.	自覚症状
J01	いらいらする、不安を感じる	J13	手足がむくむ	J24	下腹部が張ったり痛みを感じる
J02	眠れない	J14	息切れがする	J25	便秘する
J03	頭が痛い、重い	J15	動悸や脈の乱れがある	J26	下痢する
J04	身体が疲れやすい、だるい	J16	胸の痛み、違和感、締め付けられ 様な感じがする	J27	便に血が混じる
J05	のどが渇く	J17	咳や痰がでる	J28	尿の出が悪くなった
J06	やせてきた	J18	吐き気がある	J29	尿の回数が多い
J07	太ってきた	J19	食欲がない	J30	排尿時に違和感がある
J08	目が疲れたり、かすんだりする	J20	胸やけ、胃もたれがある	J31	背中や肩が張る
J09	めまいや立ちくらみがする	J21	食物が飲み込みにくい	J32	腰痛がある
J10	耳が聞こえにくい	J22	空腹時にみぞおちが痛むことがある	J33	関節痛がある
J11	耳鳴がする	J23	食後にみぞおちが痛むことがある	J34	皮膚にてきものがやすい
J12	手足がしびれる				

特定健康診査質問票

氏名： 様 受診日： 年 月 日 昭和 年 月 日生 歳

該当する項目に ☒ または ☐ をご記入ください

No.	質 問 項 目	回 答
1	現在、血圧を下げる薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
2	現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用していますか。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
3	現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
4	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
5	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
6	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。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがありますか。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2: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。	<input type="checkbox"/> 1: はい(条件1と条件2を両方満たす) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 3: いいえ(1、2以外)
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
10	1回30分以上の軽い汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
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る。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
13	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ことができる <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 3:ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速い。	<input type="checkbox"/> 1:速い <input type="checkbox"/> 2:普通 <input type="checkbox"/> 3:遅い
15	就寝時の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"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
16	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 <input type="checkbox"/> 2:時々 <input type="checkbox"/> 3: ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2: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"/> 1:毎日 <input type="checkbox"/> 2:週5～6日 <input type="checkbox"/> 3:週3～4日 <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: (ほとんど飲まない(飲めない))
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量は。 ※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)	<input type="checkbox"/> 1:1合未満 <input type="checkbox"/> 2:1～2合未満 <input type="checkbox"/> 3:2～3合未満 <input type="checkbox"/> 4:3～5合未満 <input type="checkbox"/> 5:5合以上
20	睡眠で休養が十分とれている。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか。	<input type="checkbox"/> 1: 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 2: 改善するつもりである（概ね6ヶ月以内） <input type="checkbox"/> 3: 近いうちに（概ね1ヶ月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている <input type="checkbox"/> 4: 既に改善に取り組んでいる（6ヶ月未満） <input type="checkbox"/> 5: 既に改善に取り組んでいる（6ヶ月以上）
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"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ