

カメリア内科・糖尿病内科クリニック 健診のご案内

健診は予約制となっております。

詳細は受付スタッフ または ☎089-905-0055 までお問い合わせ下さい。

検査項目		検査内容	A	B	C	D	E	F
内科診察		問診・聴診・既往歴・自覚、他覚症状	●	●	●	●	●	●
身体計測		身長・体重・BMI・視力・聴力・血圧	●	●	●	●	●	●
		腹囲・体脂肪率	●	●	●	●	●	●
尿検査		PH・蛋白・糖・ケトン体・潜血	●	●	●	●	●	●
心電図検査		12誘導				●	●	●
胸部レントゲン		直接撮影		●	●	●	●	●
経鼻内視鏡		直接撮影					●	●
便潜血検査		ヒトヘモグロビン 2 回法					●	●
腹部超音波検査								●
血液検査	貧血検査	赤血球・血色素・白血球・ヘマトクリット・血小板	●		●	●	●	●
	肝機能検査	GOT・GPT・γ-GTP	●		●	●	●	●
		ALP・LDH・コリンエステラーゼ						●
	脂質検査	総コレステロール・中性脂肪・HDL コレステロール・LDL コレステロール	●		●	●	●	●
	糖尿病検査	空腹時血糖・HbA1c	●		●	●	●	●
	血液像	白血球分類						●
	肝酵素	総ビリルビン						●
	痛風検査	尿酸						●
	腎機能検査	クレアチニン	●		●	●	●	●
	膵機能検査	血清アミラーゼ						●
	炎症反応	CRP	●		●	●	●	●
肝炎ウイルス検査	HBs 抗原・HCV 抗体						●	
料 金 (税込) (円)			5,000	5,000	7,000	8,000	20,000	40,000

Dコースは、労働安全衛生法による各職場で行われる企業健診や、個人が健康状態の評価のために行う一般健診の内容となっております。

■オプション

検査項目	検査内容	料金 (税込) (円)
ABC 検査	ヘリコバクター・ピロリ・ペプシノゲン	4,500
ヘリコバクター・ピロリ	ヘリコバクター・ピロリ	2,000

健康診断を受けられる方へ

■健診前日

- ・健康診断の前日は、暴飲、暴食は避けて下さい。
- ・夜遅くまで消化の悪いものを食べないで下さい。
(午後10時頃までに夕食を済ませて下さい)
- ・常用薬の健診当日の服用については、主治医にご相談下さい。
- ・健康診断当日までに、問診票(2枚)にご記入いただき、当日ご持参下さい。
- ・妊娠、または妊娠の可能性がある方は、予約時にお伝え下さい。
- ・会社などに提出される場合、所定の用紙、検査項目の指定等ありましたら事前にご連絡下さい。

■健診当日

- ・内視鏡検査や腹部超音波検査を受けられる方は、朝食は摂らずにお越し下さい。
- ・「健康保険証」「問診票」を必ずお持ち下さい。
- ・当日はご予約の時間においで下さい。
- ・尿検査があります。健診前の1時間程度は排尿を控えて来院下さい。
(生理中の方は、スタッフに申し出て下さい)
- ・眼鏡をお持ちの方は視力検査時に必要となりますので、必ずお持ち下さい。
- ・胸部エックス線検査を受けられる方は、ネックレス・ラクワネック(ゲルマニウム)・エレキバン・湿布・プリント付のTシャツ等は予め外して下さい。
また髪の毛が長い方は、束ね上げて下さい。

質 問 票

質 問 事 項		当てはまる方を○で囲んで下さい。	
1	①血圧を下げる薬を服用している。	はい	いいえ
	②インスリン注射または血糖を下げる薬を服用している。	はい	いいえ
	③コレステロールを下げる薬を服用している。	はい	いいえ
2	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る。	はい	いいえ
3	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る。	はい	いいえ
4	医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析)を受けたことがある。	はい	いいえ
5	医師から、貧血といわれたことがある。	はい	いいえ
6	現在、たばこを習慣的に吸っている。	はい	いいえ
7	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	はい	いいえ
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。	はい	いいえ
9	日常生活において歩行または同等の活動を1日1時間以上実施していますか。	はい	いいえ
10	同じ世代の同姓と比較して歩く速度が早いですか。	①速い	②普通 ③遅い
11	この1年間で体重の増減が±3kg以上ありましたか。	はい	いいえ
12	人と比較して食べる速度が早いほうですか。	はい	いいえ
13	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。	はい	いいえ
14	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。	はい	いいえ
15	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	はい	いいえ
16	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。	①毎日 ②時々 ③ほとんど飲まない	
17	飲酒日の1日当たりの飲酒量はどのくらいですか。 清酒1合(180ml)の目安: ビール中瓶1本(約500ml)、焼酎35度(80ml)、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	①1合未満 ②1～2合未満 ③2～3合未満 ④3合以上	
18	睡眠で休養が十分とれていますか。	はい	いいえ
19	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。	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ヶ月以内) ③近いうちに(1ヶ月以内)改善するつもりでいる ④既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) ⑤既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)	

問 診 票

受診No. _____ コース _____ (左は当院スタッフが記入します。下記よりご記入下さい。)

フリガナ		性 別	生年月日	
お 名 前		男 女	大正 昭和 平成	年 月 日 () 歳
ご 住 所	(〒 -)			
お電話番号	ご自宅	()	-	
	携 帯	()	-	

食後()H 結果(郵 送 ・ 来 院) 結果報告書の様式(希望なし ・ あり)

①これまでに病気にかかった事や、治療を受けたことがあれば、病名と治療した時期をご記入下さい。
また現在も治療中の病気があればご記入下さい。

例: 高血圧治療した ○歳頃、糖尿病で治療中 ○歳頃から

②生活習慣について、該当する項目に○を付けて下さい。

食生活について ①塩分制限 ②糖質制限 ③脂質制限 ④飲酒制限 ⑤カロリー制限
⑥その他制限() ⑦何もしていない

飲 酒 について ※日本酒1合相当…ビール大瓶1本、焼酎0.5合、ウイスキーダブル1杯
1) 飲酒の有無 ①毎日飲んでいる(休肝日 回/週) ②時々飲む ③飲まない
2) 飲酒の量〔1日平均〕①1合未満 ②1～2合未満 ③2～3合未満 ④3合以上

喫 煙 について
1) 喫煙の有無 ①吸う ②吸わない
2) 喫煙の本数〔1日平均〕①10本以下 ②11～20本 ③21～30本 ④31～40本
⑤41本以上

運 動 について
1) 頻度 ①ほとんど毎日 ②週に2～3回 ③週に1回 ④日に2～3回 ⑤月に1回
⑥時々 ⑦ほとんどしない
2) 内容()

③現在、妊娠中および妊娠の可能性がありますか。 (はい ・ いいえ)
④生理中ですか。 (はい ・ いいえ)
⑤現在、調子の悪い事や気になる事があればご記入下さい。