

検診区分	健保組合			所属		
	会社名			生年月日		
	フリガナ			年齢	年 月 日生	才
	氏名	様 男・女		記号・番号		
	社員 No.					

受診番号

ID

インフルエンザ

受診前に必ず裏面をご記入ください

今回		年 月 日		前回		
胸部	No. <input type="text"/>	直・間	No. 判定	視力	右 <input type="text"/> <input type="text"/> (<input type="text"/> <input type="text"/>) CL	
	所見・判定		所見	左 <input type="text"/> <input type="text"/> (<input type="text"/> <input type="text"/>) CL	左 () CL	
聴力	1000Hz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	判定	
	4000Hz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
	1000Hz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
	4000Hz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
心電図	No. <input type="text"/>	心拍数	判定	眼底	No. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 右	
	所見・判定		所見	左	所見・判定	
尿検査	蛋白	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	判定
	糖	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ウロビリ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	潜血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
超音波	腹部	<input type="text"/>		判定	判定	
	乳房	<input type="text"/>		判定	判定	
	甲状腺	<input type="text"/>		判定	判定	
身体計測	身長	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	cm	身長	cm	
	体重	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	kg	体重	kg	
	腹囲	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	cm	腹囲	cm	
便	潜血検査	1日	2日	判定	1日 2日	

診察 所見なし・所見あり (所見は日本語で記入してください) 所見 判定(心配なし・経過観察・要精検・要医療)

採血 No.	AST	HBs抗原	総コレステロール	血糖	白血球	CEA	
	ALT	HBs抗体	中性脂肪	HbA1c	赤血球	AFP	
空腹	γ-GTP	HCV抗体	HDL-C	尿酸	血色素	PSA	
	ALP	総蛋白	LDL-C	尿素窒素	ヘマトクリット	CA19-9	
	ZTT	CPK	L/H比	クレアチニン	血小板	SCC	
	LDH	A/G比	AMY	e-GFR	Fe	CA125	
	TTT	CRP	RF	Na	血液像	CA15-3	
	食後時間	T-Bil	B-LP	TPHA	K	NT-proBNP	TSH
		CH-E	蛋白分画	RPRカード	Cl	脳リスマーカー	FT4
		ALB			ABC検診	アレルギー-39	FT3
					PG	血液型	CYFRA
					ピロリ菌		

前回総合判定 【 】 A:異常なし B:心配なし C:経過観察 D6:要再検(6ヶ月後) D3:要再検(3ヶ月後) D1:要再検(1ヶ月後) E:要精密検査 F:要医療 G:治療継続

健康診断問診票

鉛筆・シャープペンシル(黒)でご記入ください

受診前に必ず下記をご記入ください。

1	現在、次の薬を使用していますか	a 血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
		b インスリン注射又は血糖を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
		c コレステロールを下げる薬	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)と診断されたり、治療を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
3	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)と診断されたり、治療を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
4	医師から慢性の腎不全にと診断されたり、治療(人工透析)を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
5	医師から、貧血といわれたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
6	現在、たばこを習慣的に吸っていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
7	1日当たりの喫煙量 喫煙年数	(1日 <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> 本 <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> 年間)		
8	お酒を飲む頻度	<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)		
9	1日当たりの飲酒量 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)	<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	
10	歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
11	1回30分以上軽い汗をかく運動を週2回以上1年以上実施	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が早い	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
13	朝食を抜くことが週に3回以上ある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
14	夕食後に間食をとることが週に3回以上ある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
16	人と比較して食べる速度が早い	<input type="checkbox"/> 早い	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 遅い
17	この1年間で体重の増減が±3kg以上あった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
18	20才の時の体重から10kg以上増加している	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
19	睡眠で休養が十分とれている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
20	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	<input type="checkbox"/> 改善するつもりはない		
		<input type="checkbox"/> 改善するつもり(6ヶ月以内)		
		<input type="checkbox"/> 近いうちに取組む(1ヶ月以内)		
		<input type="checkbox"/> 既に取組み中(6ヶ月以内)		
		<input type="checkbox"/> " (6ヶ月以上)		
21	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	

既往歴

記入見本:

現在治療中の病気はありますか?	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し
有りの場合、下記をご記入ください		
<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 胃潰瘍	
<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 胃炎	
<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 逆流性食道炎	
<input type="checkbox"/> 貧血	<input type="checkbox"/> 腎炎	
<input type="checkbox"/> 痛風	<input type="checkbox"/> 腎不全	
<input type="checkbox"/> 高尿酸血症	<input type="checkbox"/> 肝炎	
<input type="checkbox"/> 白血病	<input type="checkbox"/> 肝硬変	
<input type="checkbox"/> 狭心症	<input type="checkbox"/> 脂肪肝	
<input type="checkbox"/> 心筋梗塞	<input type="checkbox"/> 膵炎	
<input type="checkbox"/> 心筋症	<input type="checkbox"/> 白内障	
<input type="checkbox"/> 不整脈	<input type="checkbox"/> 緑内障	
<input type="checkbox"/> 心房細動		
<input type="checkbox"/> その他(Oをつけ、下欄に病名を記入)		

自覚症状

<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し
有りの場合、下記をご記入ください	
<input type="checkbox"/> よく咳が出る	<input type="checkbox"/> 腹部が痛む
<input type="checkbox"/> よく痰が出る	<input type="checkbox"/> 下痢しやすい
<input type="checkbox"/> 痰に血が混じる	<input type="checkbox"/> 便秘しやすい
<input type="checkbox"/> 胸が痛い	<input type="checkbox"/> 便に血が混じる
<input type="checkbox"/> 胸が締め付けられる	<input type="checkbox"/> 黒い便が出る
<input type="checkbox"/> 息がきれる	<input type="checkbox"/> 排尿時に痛みがある
<input type="checkbox"/> 脈がとぎれる	<input type="checkbox"/> 尿の回数が増えた
<input type="checkbox"/> 動悸がする	<input type="checkbox"/> 目がかすむ
<input type="checkbox"/> 胸やけがする	<input type="checkbox"/> 頭痛がする
<input type="checkbox"/> のどが渇く	<input type="checkbox"/> 耳鳴りがする
<input type="checkbox"/> 胃が痛む	<input type="checkbox"/> めまいがする
<input type="checkbox"/> その他(Oをつけ、下欄に症状を記入)	

女性の方のみご記入ください。

妊娠していますか	<input type="checkbox"/> はい(<input type="text" value=""/> ヶ月)	<input type="checkbox"/> 可能性あり	<input type="checkbox"/> いいえ
生理中ですか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	

健康診断結果は個人情報として受診者ご本人様のほか所属事業所様及び健康保険組合様へご報告させていただきます。それ以外に第三者に提供したり利用することはありません。

ご回答いただき有難うございました。