

健康診断受診票

食後時間 空腹 ・ 食後 時間 ※必ずご記入ください。

2767

受診日
受付番号

事業所名 001 サンプル事業所
 所属名 サンプル所属
 保険者番号 記号・番号 社員コード
 フリガナ サンプル2 生年月日 昭和 60年4月4日
 氏名 サンプル2 年齢 29 歳 性別 男

年齢は、平成27年03月31日 現在のものです。

※健診を受診されるに当たっての注意事項
 ● 食後5時間以上あけて受診してください。
 ● 健診当日胸部X線撮影がありますので、無地のTシャツをお持ちください。
 ● 左下の質問事項1~27のすべての質問、及び右上の既往歴・現病歴、家族歴、自覚症状に必ずお答えください。
 ● この受診票は健診当日忘れずにご持参ください。

質問事項	1	2
1 A. 血圧を下げる薬を服用していますか。 はいの方・・・薬剤名 ()	1. はい	2. いいえ
2 B. 血糖値を下げるお薬を服用またはインスリン注射を行っていますか。 はいの方・・・薬剤名 ()	1. はい	2. いいえ
3 C. コレステロールを下げるお薬を服用していますか。 はいの方・・・薬剤名 ()	1. はい	2. いいえ
4 医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)と診断されたり、治療を受けたことはありますか。	1. はい	2. いいえ
5 医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)と診断されたり、治療を受けたことはありますか。	1. はい	2. いいえ
6 医師から、慢性の腎不全と診断されたり、治療(人工透析)を受けたことはありますか。	1. はい	2. いいえ
7 医師から、貧血といわれたことはありますか。	1. はい	2. いいえ
8 20歳の時より体重が10kg以上増加していますか。	1. はい	2. いいえ
9 この1年間で体重が3kg以上増え(減り)ましたか。	1. はい	2. いいえ
10 1回30分以上軽く汗をかく運動を週に2日以上、1年以上実施していますか。	1. はい	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日に1時間以上実施していますか。	1. はい	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。	1. はい	2. いいえ
13 睡眠で休養が十分にとれていますか。	1. はい	2. いいえ
14 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 (吸った本数の合計が100本以上または6ヶ月以上吸っていて、最近1ヶ月も吸っている方)	1. はい	2. いいえ
15 はいの方・・・ 1日に本数は何本ですか。 喫煙年数はどのくらいですか。 禁煙された事がある方はいつ頃されましたか。	1日 約	本 年 前
16 お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲みますか。	1. 毎日 3. ほとんど飲まない(飲めない)	2. 時々
17 飲酒日の1日当りの飲酒量 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)	1. 1合未満 3. 2~3合未満	2. 1~2合未満 4. 3合以上
18 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
19 就寝前の2時間以内に夕食をとる事が週に3回以上ありますか。	1. はい	2. いいえ
20 夕食後に間食(3食以外の夜食)をとる事が週に3回以上ありますか。	1. はい	2. いいえ
21 味付けは濃いほうですか。	1. はい	2. いいえ
22 食事はお腹いっぱい食べますか。	1. はい	2. いいえ
23 好き嫌いは多いほうですか。	1. はい	2. いいえ
24 朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	1. はい	2. いいえ
25 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. はい	2. いいえ
26 はいの方・・・ いつ頃改善したいと思いませんか。	1. 6ヵ月以内には改善するつもり 2. 近いうちに改善する 3. 既に改善に取り組んでいる(6ヵ月未満) 4. 既に改善に取り組んでいる(6ヵ月以上)	
27 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。	1. はい	2. いいえ

今までに下記の病気にかかられたことがありますか。
 かかられた時の年齢と現在の経過を右記 1~5 の番号でご記入ください。

1.現在治療している	2.以前治療していた	3.経過観察している
4.手術した	5.放置している	

0.特になし

病名	発症年齢	治療歴	病名	発症年齢	治療歴	病名	発症年齢	治療歴
11.高血圧症			25.気管支ぜん息			36.人工透析		
12.脂質異常症			27.肺結核			37.腎(尿路)結石		
13.糖尿病			28.胃潰瘍			38.子宮筋腫		
14.痛風(高尿酸血症)			29.十二指腸潰瘍			40.うつなどの気分障害		
15.甲状腺疾患			30.肝炎			50.ガン		
16.脳血管障害			31.肝硬変			99.その他の疾患 (病名)		
21.狭心症			33.膵疾患					
22.心筋梗塞			34.貧血					
23.その他の心疾患			35.腎機能疾患					

ご家族の中で下記の病気にかかられたことがありますか。(あなた様の祖父母・父母・兄弟姉妹のことです)

0.特になし 1.高血圧 2.糖尿病 3.心臓疾患 4.脳血管障害 5.肝疾患 7.ガン ()
 8.その他 ()

既往歴・現病歴
 家族歴
 自覚症状

0.特になし	8.めまいがする	15.顔や手足がむくむ	女性のみの回答ください。
2.頭が痛い	9.耳鳴りがする	16.皮膚にかゆみや発疹がある	21.乳房にしこりがある
3.頭が重い	10.せき・痰が続いている	17.のどが渇く	22.おりものが多い
4.首や肩がこる	11.吐き気がする	18.腰が痛い	23.不正出血がある
5.目が疲れやすい	12.胃の調子がおかしい	19.体がだるい	24.生理は上がっている
6.動悸・息切れがする	13.便秘気味	20.その他 ()	25.現在生理中
7.胸が痛い	14.よく下痢をする ()		26.その他 ()

検査項目	今回	前回
		受診日: 平成26年2月25日
身体計測	身長 cm	165.3 cm
	体重 kg	41.3 kg
	腹囲 cm	cm
視力	右 (矯正) ()	(0.9)
	左 (矯正) ()	(0.9)
聴力	オージ法 1000Hz 右	30以下
	4000Hz 左	30以下
聴力	会話法 右	30以下
	左	30以下
血圧	1回目	121 - 76
	2回目	-
心電図	所見 No.	No.
胸部X線	No. 間・直	93 直接
	所見	肺野 異常なし 心血管 異常なし
胃部	所見 No.	No.
血液	No.	
	糖	1.(-) 2.(±) 3.(+) 4.(2+) 5.(3+) (-)
尿検査	蛋白	1.(-) 2.(±) 3.(+) 4.(2+) 5.(3+) (2+)
	潜血	1.(-) 2.(±) 3.(+) 4.(2+) 5.(3+) (-)
診察所見	現在生理中	1.はい・2.いいえ
	便潜血	1回法・2回法・未実施
診察所見	1.異常なし	6.貧血症状
	2.心雑音	7.結膜充血
診察所見	3.不整脈	8.顔面浮腫
	4.呼吸音異常	9.四肢浮腫
診察所見	5.甲状腺腫	10.皮膚病変
		11.その他