

健康診断受診票

受診日
受診番号

枠内のみご記入下さい

生年月日 T・S・H 年 月 日

フリガナ 氏名 年齢 性別 才 男 女

--

健診コース		食後時間		空腹		食後		時間			
身長	cm	体重	kg	血液検査	採血済	未実施					
腹囲	cm			胸部X線							
視力	裸眼	右	左		心電図						
	矯正	右	左			G	CL				
色覚	正常		色弱		色盲						
聴力	1000Hz	右	所見なし	所見あり	左	所見なし	所見あり				
	4000Hz	右	所見なし	所見あり	左	所見なし	所見あり				
	会話法	右	所見なし	所見あり	左	所見なし	所見あり				
血圧	1回目	/		2回目	/		大腸	内視鏡	()		
尿	蛋白	1(-)	2(±)	3(+)	4(2+)	5(3+)	6(4+)	腹部			
	糖	1(-)	2(±)	3(+)	4(2+)	5(3+)	6(4+)				
	潜血	1(-)	2(±)	3(+)	4(2+)	5(3+)	6(4+)	眼底	右	K-W S H	所見
	ウロビリノーゲン	1(-)	2(±)	3(+)	4(2+)	5(3+)	6(4+)		左	K-W S H	所見
	尿沈渣	実施			未実施						
便潜血	19日	実施	キャンセル	28日	実施	キャンセル					
肺機能	後日便 <input type="checkbox"/> (予定日:)										

診察所見

- | | | |
|----------|-----|----------------------------------|
| 1. 異常なし | その他 | 判定 |
| 2. 不整脈 | | <input type="checkbox"/> 僅かな異常 |
| 3. 心雑音 | | <input type="checkbox"/> 経過観察 |
| 4. 甲状腺腫大 | | <input type="checkbox"/> 継続治療 |
| 5. 浮腫 | | <input type="checkbox"/> 要再検査 |
| 6. 貧血 | | <input type="checkbox"/> 要精密検査 |
| | | <input type="checkbox"/> 要指導・要医療 |

診察医師サイン

追加検査

備考

--

健康診断問診票

すべての項目にご本人が記入してください。

生活状況（該当するものに○印をつけて下さい）

服薬	1. 血圧を下げる薬を飲んでいますが	1. はい 2. いいえ
	2. インスリン注射又は血糖を下げる薬を飲んでいますが	1. はい 2. いいえ
	3. コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいますが	1. はい 2. いいえ
既往歴	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	1. はい 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	1. はい 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	1. はい 2. いいえ
生活習慣	7. 医師から貧血といわれたことがありますか	1. はい 2. いいえ
	8. 現在、たばこを習慣的に吸っていますか	1. はい (1日に)
	9. 20歳の時の体重から10kg以上増加していますか	1. はい 2. いいえ
	10. 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上、1年間に実施していますか	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ですが	1. はい 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	1. 何でもかんで食べることができる 2. 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくことがある 3. ほとんどかめない
	14. 人と比較して食べる速度が速いですが	1. 速い 2. ふつう 3. 遅い
	15. 就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか	1. はい 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	1. 毎日 2. 時々 3. ほとんど摂取しない
習慣	17. 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
	18. お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度	1. 毎日 2. 時々 3. 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 日本酒1合（180ml）の目安： ビール500ml、焼酎（25度）1合0ml、 ウイスキーダブル1杯（60ml）、ワイン2杯（240ml）	1. 1合未満 2. 1～2合未満 3. 2～3合未満 4. 3合以上
	20. 睡眠で休養が十分とれていますか	1. はい 2. いいえ
健康	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せんか	1. 改善するつもりはない 2. 改善するつもりでいる（6ヶ月以内） 3. 近いうちに（1ヶ月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている 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）
	22. 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

自覚症状（該当項目に○印をつけて下さい）

<input type="checkbox"/>	1. 自覚症状なし	<input type="checkbox"/>	13. 息切れ・息苦しい
<input type="checkbox"/>	2. いつも身体がだるい	<input type="checkbox"/>	14. 胸が締め付けられる気がする
<input type="checkbox"/>	3. 頭が痛い・重い	<input type="checkbox"/>	15. 咳・たんがよく出る
<input type="checkbox"/>	4. 視力が落ちた気がする	<input type="checkbox"/>	16. 肩がこる
<input type="checkbox"/>	5. 物が二重に見える	<input type="checkbox"/>	17. 手足が冷たい
<input type="checkbox"/>	6. 耳鳴りがする	<input type="checkbox"/>	18. 手足に震えやしびれがある
<input type="checkbox"/>	7. 湿疹・じん麻疹がよく出る	<input type="checkbox"/>	19. 腰が重い・痛い
<input type="checkbox"/>	8. 口が渇く	<input type="checkbox"/>	20. 関節が痛い
<input type="checkbox"/>	9. めまい・立ちくらみがする	<input type="checkbox"/>	21. 生理不順
<input type="checkbox"/>	10. むくみがある	<input type="checkbox"/>	22. イライラすることが多い
<input type="checkbox"/>	11. 胸やけや吐き気がする	<input type="checkbox"/>	23. 熟睡できない
<input type="checkbox"/>	12. おなかが痛む	<input type="checkbox"/>	24. けううつである

☆女性の方のみお答え下さい

現在生理中である	1. はい 2. いいえ
現在妊娠の可能性がある	1. はい 2. いいえ

本人の病気及び家族の病気があれば **病名一覧表**から該当するコードを下記病歴欄にご記入下さい。
特になければ特になしに○印を付けて下さい。

但し、その他の疾患の時は病名をご記入下さい。

- ※1 医師のもとで検査や測定を定期的に行っていたり、食事療法のみで服薬していない方。
- ※2 医師に治療を勧められたが何もしていない。又は治療していたが自ら途中で中断した方。

本人の病歴

					特になし		
病名コード	病名	何才から	現在の状態	終了年齢			
0401	例: 高血圧	35才		45才			
			1 手術後治療中				
			2 薬剤治療中				
			3 経過観察中※1				
			4 放置または治療中断※2				
			5 治療終了				

家族の病歴

					特になし		
病名コード	病名	父	母	兄弟			

病名一覧

病名	コード	病名	コード
喘息（気管支喘息）	0201	糖尿病	1601
肺結核	0203	高脂血症	1603
肺気腫	0205	痛風・高尿酸血症	1605
肺がん	0290	貧血	1607
その他呼吸器疾患	0299	その他血液系疾患	1699
高血圧	0401	リウマチ	1801
不整脈	0403	その他膠原病	1899
狭心症	0405	痔	2001
心筋梗塞	0407	前立腺肥大	2003
その他心疾患	0499	前立腺炎	2005
腎結石	0601	前立腺がん	2090
腎尿路結石	0603	その他前立腺疾患	2099
慢性腎炎	0605	子宮筋腫	2201
腎臓がん	0690	子宮内膜症	2203
その他腎臓系疾患	0699	卵巣のう腫（腫瘍）	2205
胃潰瘍	0801	子宮頸がん・子宮体がん	2290
十二指腸潰瘍	0803	卵巣がん	2291
慢性胃炎	0805	乳腺のう胞	2401
大腸ポリープ	0807	乳腺腫瘍	2403
胃ポリープ	0809	乳がん	2490
大腸がん	0890	その他婦人科疾患	2499
胃がん	0891	脳出血	2601
食道がん	0892	脳梗塞	2603
その他消化器系疾患	0899	脳腫瘍	2605
慢性すい炎	1001	クモ膜下出血	2607
すい臓がん	1003	その他脳疾患	2699
その他すい臓系疾患	1099	甲状腺腫瘍	2801
胆石	1201	甲状腺がん	2890
胆のう胞	1203	その他甲状腺疾患	2899
胆のうポリープ	1205	緑内障	3001
胆のうがん	1290	白内障	3003
その他胆のう疾患	1299	その他眼科疾患	3099
肝炎	1401	難聴	3201
肝のう胞	1403	その他聴覚系疾患	3299
肝がん	1490		
その他肝臓疾患	1499	その他の疾患	9000