

太枠の中のご記入をお願い致します。

会社・団体				* 院内記入欄			
会社連絡先				日付	年	月	日
フリガナ 氏名				体温	°C		
生年月日	年	月	日 ( 歳 )	性別	男・女		
住所	〒			事業所名称：			
電話番号				保険者名称：			
				保険者番号：			
				被保険者記号：			
				被保険者番号：			

ご自身の既往歴について教えてください

**1.過去、現在かかったことのある病気について該当される方は☑をして下さい**

病名	過去	通院中 (服薬有)	通院中 (服薬無)	病名	過去	通院中 (服薬有)	通院中 (服薬無)	病名	過去	通院中 (服薬有)	通院中 (服薬無)
胃潰瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	高血圧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	甲状腺疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
十二指腸潰瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	高脂血症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	結核	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胃ポリープ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	心筋梗塞	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	胸膜炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
痔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	狭心症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	喘息	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	心臓病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	慢性閉塞性肺疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肝臓病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	脳梗塞	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	白内障	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胆のう結石	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	脳出血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	緑内障	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
尿路結石	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	痛風	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腎臓病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	貧血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 輸血をされた事がある			
その他 ( )				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 上記項目に該当ありません				

**2.通院中に☑をされた方は病院名を教えてください**  
いつ頃から： 年 月頃から 病院名：

**3.手術をされた事があれば教えてください**  
いつ頃： 年 月頃 病名： 病院名：

下記の項目について教えてください

女性の方へ	生理中 → <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 「はい」の方 <input type="checkbox"/> 後日来院して採尿を実施する <input type="checkbox"/> 「生理中」と記載することに同意する
	妊娠 → <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 可能性あり 「はい」「可能性ありの方」 <input type="checkbox"/> 健診結果表に記載することに同意 <input type="checkbox"/> 記載に同意しない
血縁のご家族（実祖父母・実父母・兄弟姉妹）の病歴について該当される病歴があれば☑をして下さい	<input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳出血・脳梗塞 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 糖質代謝異常 <input type="checkbox"/> その他 ( )

続いて以下の項目について教えてください。

お薬や食品などでアレルギーが出たことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない	*「ある」と答えた方			
	<input type="checkbox"/> ある	薬品名・食品名 ( ) 症状 ( )			
たばこをお吸いになりますか？	<input type="checkbox"/> 吸わない	*「吸う」と答えた方	1日	本	喫煙歴 年
	<input type="checkbox"/> 吸う	*「禁煙した」と答えた方		年前に禁煙し、	喫煙歴 年
	<input type="checkbox"/> 禁煙した				
アルコールをお飲みになりますか？	<input type="checkbox"/> 飲まない	*「飲む」と答えた方	1週間のうち		日
	<input type="checkbox"/> 飲む				
コロナワクチン接種はされましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ	*はいの方	R 年	月に	回目接種済み
	<input type="checkbox"/> はい				

### 最近気になる症状があれば教えてください

該当症状がなければ「特にありません」に☑してください

胃不快感	<input type="checkbox"/>	排尿痛がある	<input type="checkbox"/>	喉の渇き、よく水を飲む	<input type="checkbox"/>
胃痛がある	<input type="checkbox"/>	尿に血が混じる	<input type="checkbox"/>	胸やけがする	<input type="checkbox"/>
吐き気がある	<input type="checkbox"/>	咳、痰が増えてきた	<input type="checkbox"/>	食欲がない	<input type="checkbox"/>
腹痛がある	<input type="checkbox"/>	血痰が出ることがある	<input type="checkbox"/>	疲れやすい	<input type="checkbox"/>
腰痛がある	<input type="checkbox"/>	動悸、息切れがする	<input type="checkbox"/>	視力が落ちた	<input type="checkbox"/>
便秘しやすい	<input type="checkbox"/>	胸がしめつけられる	<input type="checkbox"/>	耳鳴りがする	<input type="checkbox"/>
下痢しやすい	<input type="checkbox"/>	脈が乱れる	<input type="checkbox"/>	眠れない	<input type="checkbox"/>
便に血が混じる	<input type="checkbox"/>	頭痛、めまいがする	<input type="checkbox"/>	特にありません	<input type="checkbox"/>
便が細くなった	<input type="checkbox"/>	手足がむくむ	<input type="checkbox"/>	その他 ( )	

### 健診日当日の飲食について教えてください

本日、最後に食べ物を食べた時間は？		
<input type="checkbox"/> 起床してから何も食べていない	<input type="checkbox"/> 食べた	時 分頃
本日、最後に糖分の入った飲み物を飲んだ時間は？ (水・お茶以外)		
<input type="checkbox"/> 起床してから何も飲んでない	<input type="checkbox"/> 飲んだ	時 分頃

ご記入ありがとうございました。受付にお出してください。