

太枠の中のご記入をお願いいたします。

会社・団体					* 院内記入欄			
会社連絡先					日付			
フリガナ 氏名					年 月 日			
生年月日	年	月	日	(歳)	性別	保険者名称:		
住所	〒				保険者番号:			
電話番号					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✓をしてください。

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"/> 上記項目に該当ありません			
<input type="checkbox"/> 上記以外の病名 () <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>											

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。
いつ頃から: 年 月頃から 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"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (最終月経日: 月 日 ~ 月 日まで) 「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 「いいえ」の方 <input type="checkbox"/> 閉経している (約 年前より)
	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✓をしてください	<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。

血圧を下げる薬を服用していますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
血糖を下げる薬を服用またはインスリン注射を使用していますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用していますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
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 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週5~6日 <input type="checkbox"/> 週3~4日 <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 週1~2日 <input type="checkbox"/> 月1~3日 <input type="checkbox"/> 月1日未満 <input type="checkbox"/> 飲む

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"/>	<input type="checkbox"/> 上記項目に該当ありません	
便が細くなった	<input type="checkbox"/>	手足がむくむ	<input type="checkbox"/>	その他 ()	

採血項目・血糖値に影響する為、最終飲食時間を確認します。

本日、起床してから何か食べましたか?	
<input type="checkbox"/> 何も食べていない	<input type="checkbox"/> 食べた _____ 時に _____ を食べた
本日、起床してから何か飲みましたか? (水・お茶など糖分の入っていない飲み物は含みません。)	
<input type="checkbox"/> 何も飲んでいない	<input type="checkbox"/> 水・お茶以外を飲んだ _____ 時に _____ を飲んだ

生活習慣病健診を受けられた方は、下記についてご同意いただき署名欄に署名をお願いいたします。

定期健康診断以外の実施項目結果についても

事業所へ提供することに同意します。

受診者署名欄

ご記入ありがとうございました。受付にお出しく下さい。