

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		
				日付		
フリガナ 氏名	-----			年 月 日		
生年月日	年	月	日 (歳)	性別		
住所	〒			保険者名称：		
				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"/>	脂質異常症	<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			
□ 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： 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"/> 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 <input type="checkbox"/> 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"/> 脂質代謝異常 <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 <input type="checkbox"/> ある	*「ある」と答えた方 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 <input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> 禁煙した	*「吸う」と答えた方 1日 本 喫煙歴 年 *「禁煙した」と答えた方 年前に禁煙し、喫煙歴 年
アルコールをお飲みになりますか？	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 飲む	*「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"/> 週1～2日 <input type="checkbox"/> 月1～3日 <input type="checkbox"/> 月1日未満

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。受付にお出してください。