

## 健康診断受診票

【健診前に必ず太枠内を記入してください】

学籍番号					受診日						
					受付番号						
フリガナ											
氏名											
生年月日		西暦		年		月		日		性別	

下記の間診内容から該当する記入欄の番号に○をご記入ください

問診項目	記入欄
現在たばこを習慣的に吸っている	1: はい 2: いいえ
上記で「はい」と答えた方は( )内に喫煙量を記入してください	1日に( )本×( )年間
1回30分以上の運動を週2回以上、1年以上実施している	1: はい 2: いいえ
朝食を抜くことが週3日以上ある	1: はい 2: いいえ
お酒を飲む頻度	1: 毎日 2: 時々 3: ほとんど飲まない
飲酒日の1日当たりの飲酒量	1: 1合未満 2: 1合～2合未満 3: 2合～3合未満 4: 3合以上 <small>目安 1合=缶ビール(500ml)、瓶ビール大 0.5合=缶ビール(350ml)</small>
睡眠で休養が得られていますか	1: はい 2: いいえ
女性への質問 尿検査当日は生理中ですか	1: はい 2: いいえ
女性への質問 妊娠中または妊娠の可能性がある	1: はい 2: いいえ

既往歴・病歴について該当する番号に○をご記入ください

現病歴及び既往歴 ( 1:あり ・ 2:なし )		1:ありに回答の場合、下記疾病の中から記入欄に該当する番号に○をご記入ください	
疾病名	記入欄	疾病名	記入欄
高血圧	1:通院中 2:放置 3:治療	貧血症	1:通院中 2:放置 3:治療
糖尿病	1:通院中 2:放置 3:治療	肝臓病	1:通院中 2:放置 3:治療
脂質異常症	1:通院中 2:放置 3:治療	呼吸器疾患	1:通院中 2:放置 3:治療
心臓病(不整脈等)	1:通院中 2:放置 3:治療	甲状腺	1:通院中 2:放置 3:治療
腎臓病	1:通院中 2:放置 3:治療	その他( )	1:通院中 2:放置 3:治療

自覚症状について、ここ1か月の様子をお答えください(該当するものに✓してください)

特になし	意識を失って倒れた	耳鳴りが続いている	舌がもつれる感じがする
胸が痛む	めまい・ふらつきが続く	手足や顔にむくみがある	ひどい肩こり
頭痛がする	よくのどがかわく	体がだるく疲れやすい	胸の奥に異常を感じる

身長	体重
. cm	. kg

		視力			
		右		左	
裸眼			未満		未満
	眼鏡		未満		未満
矯正	CL		未満		未満
	CL		未満		未満

血圧	
収縮期(最高)	拡張期(最低)
1回目	
2回目	

尿検査					
蛋白	--	±	+	2+	3+
糖	--	±	+	2+	3+
潜血	--	±	+	2+	3+
ウビリ	正		+	2+	3+

		聴力			
		右1000Hz	右4000Hz	左1000Hz	左4000Hz
なし	あり	所見なし	所見なし	所見なし	所見なし
	あり	所見あり	所見あり	所見あり	所見あり
会話法		正	難	正	難
		正	難	正	難

胸部X線	
X線No.	

診察(他覚的)所見					
所見	所見なし	所見	呼吸器音異常	判定	A 異常なし
	結膜貧血		関節所見		B 軽度異常
	甲状腺腫大		皮膚所見		C 要経過観察
	頭部リンパ節腫大		神経症状		D2 要精密検査
	心雑音		その他の所見		E 治療中
	不整脈				担当医師名

検査項目		確認
尿検査		