

# 健康診断受診票

1. 最後にお食事をされたのはいつですか？  
( )月( )日 時間 ( : )
2. 自覚症状について、あてはまるものすべてに○をつけてください。  

胸の圧迫感	頭痛	耳鳴りがする
心臓の激しい鼓動	動悸	いつも調子が悪い
息切れがする		おなかが張っている
不眠	腰痛	下痢
肩こり		便秘
手足のしびれ感		痔の傾向がある
めまい立ちくらみ		その他( )
3. アレルギー(食品・薬品・喘息・花粉・アトピーなど)はありますか？  
はい・いいえ ( )才～( )
4. 現在、治療中の病気がありますか？  
はい・いいえ ( )才～( )  
( )才～( ) ( )才～( )
5. 薬について、あてはまるものすべてに○をつけてください。  
 血圧を下げる薬を服用している  
 インスリン注射または血糖を下げる薬を服用している  
 コレステロールを下げる薬を服用している
6. 過去、治療したことのある病気・手術・怪我はありますか？  
はい・いいえ ( )才 ( )  
( )才 ( ) ( )才 ( )
7. 現在、タバコを習慣的に吸っていますか？  
はい・いいえ・禁煙した
8. お酒を飲む頻度はどうですか？  
毎日・時々・ほとんど飲まない(飲めない)
9. 飲酒日の1日あたりの飲酒量について○をつけてください。  
1合換算：日本酒1合(180ml)・ビール(500ml)・ワイン2杯(240ml)・焼酎2.5度(110ml)  
 1合未満  1～2合未満  
 2～3合未満  3合以上
10. 睡眠で休養が十分とれていますか？ はい・いいえ

おおえクリニック内科・糖尿病内科

受診日	年	月	日	ID
-----	---	---	---	----

フリガナ 男 大・昭・平  
氏名 女 生年月日 年 月 日( )才  
〒( - ) TEL ( )

住所

☆女性の方にお聞きします☆

・現在、生理中ですか？ はい・いいえ  
・妊娠の可能性はありますか？ はい・いいえ・妊娠中

☆ここから下はスタッフが記入します☆

尿	糖		聴力		右	左
	タンパク			1000Hz	所見あり	所見あり
	潜血			[ ][ ]	所見なし	所見なし
<input type="checkbox"/> 透析中	ウロ		4000Hz	所見あり	所見あり	
<input type="checkbox"/> 生理中			[ ][ ]	所見なし	所見なし	
			※雇入れ時	補聴器	有・無	有・無
			4000Hzは			
			30dB			

身長	
体重	
腹囲	
BMI	

視力	右	左
	( )	( )

胸部X-P	妊娠確認	NO.
	<input type="checkbox"/>	

心電図	ペースメーカー
	有・無

血圧	/	P:
----	---	----

便潜血	① <input type="checkbox"/>	② <input type="checkbox"/>
-----	----------------------------	----------------------------

食後時間			
空腹・( )時間			

採血	CBC <input type="checkbox"/>	生化学 <input type="checkbox"/>	A1C <input type="checkbox"/>
	グル <input type="checkbox"/>		

※記載された個人情報は、上記の業務に使用する他は、他の用途に使用せず、厳重に守られます。