

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。
 特になし 頭痛 耳鳴りがする
 胸の圧迫感 動悸 いつも調子が悪い
 心臓の激しい鼓動 腰痛 おなかが張っている
 息切れがする 肩こり 痔の傾向がある
 不眠 めまい 便秘
 手足のしびれ感 下痢 その他()
 立ちくらみ

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. 今までに健康に影響が出るような業務に従事したことがありますか？
 (例：有機溶剤、粉じん、騒音、振動等)
 はい・いいえ () (年数：) 年
 () (年数：) 年 () (年数：) 年

8. 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

9. 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)

10. 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

11. 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 [db]	所見あり [db]
	潜血			4000Hz	所見なし	所見なし
	ウロ			※雇入れ時 4000Hzは 30dB	補聴器	有・無

身長	
体重	
腹囲	
BMI	

視力	右	左	胸部X-P	妊娠確認 <input type="checkbox"/>	NO.
	()	()			

血圧	/	P:	心電図	ペースメーカー 有・無
----	---	----	-----	----------------

食後時間		便潜血	① <input type="checkbox"/>	② <input type="checkbox"/>
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、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。