

記入例

受診前までに、受診票裏面の「問診記入にあたっての注意」をお読みになり、下記の枠内  を、鉛筆またはシャープペンでご記入ください。すでに印字されたお名前等に変更がある場合は、二重線にて訂正願います。

健康診断受診票（職域健診）

事業所名	テスト事業所（宇都宮事業所）	<input type="checkbox"/> 特定業務従事者	<input type="checkbox"/> 特定健診のみ		
受付番号	フリガナ	氏名 様			
性別	男性 <input type="checkbox"/>	女性 <input type="checkbox"/>	職員コード <input type="checkbox"/>		
生年月日	1明治 2大正 3昭和 4平成	年 <input type="checkbox"/>	月 <input type="checkbox"/>	日 <input type="checkbox"/>	年齢 <input type="checkbox"/>
所属コード	所属名				
雇入年月日	3昭和 4平成	年 <input type="checkbox"/>	月 <input type="checkbox"/>	日 <input type="checkbox"/>	統柄 <input type="checkbox"/> 本 <input type="checkbox"/> 配 <input type="checkbox"/>
保険証	記号 <input type="checkbox"/>	番号 <input type="checkbox"/>	承認番号 <input type="checkbox"/>		

特定個人負担金

個人負担金

バーコード

個人ID

身体計測

前回値

該当 補助 希望
貧 眼 心

身長 []

体重 []

腹囲 []

体温 []

血圧 []

内容のご確認、ご記入をお願いします。

- 氏名 漢字、フリガナの確認をお願いします
- 性別 当てはまる方に斜線を引いてください
- 職員コード ある方のみ右詰めでご記入ください
- 生年月日 和暦でお願いします
- 年齢 年齢基準日での該当年齢
- 所属コード ある方のみ右詰めでご記入ください
- 所属名 ある方のみご記入ください
- 雇入年月日 入社した年月日をご記入ください
- 保険証記号、番号 保険証に書かれた数字をご記入ください

黒の鉛筆でご記入下さい。(該当する に数字あるいは をご記入下さい)

食事の有無★	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	健診当日の飲食: 水、お茶は「なし」に記入 【裏面の健診諸注意欄参照】
既往歴	特になし <input type="checkbox"/>	※治療中:薬による治療を受けている方 観察中:医師による経過観察中の方
高血圧	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	①治療中 ②治療なし <input type="checkbox"/> ③治療せず <input type="checkbox"/>
糖尿病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	④脳卒中 ⑤脳出血、脳梗塞等 <input type="checkbox"/>
脂質異常症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	⑥心臓病 ⑦心筋梗塞、不整脈等 <input type="checkbox"/>
腎臓病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	⑧肝臓病 <input type="checkbox"/>
★貧血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	⑨痛風・高尿酸血症 <input type="checkbox"/>
		⑩血小板減少症 <input type="checkbox"/>
女性の方	生理中 <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/>	【裏面の健診諸注意欄参照】
自覚症状	特になし <input type="checkbox"/>	
胸が痛い、しめつけられる	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	物がかすんで見える <input type="checkbox"/>
動悸、息切れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	味や痰が続いている (2週間以上) <input type="checkbox"/>
脈の乱れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	血痰が6ヶ月以内にあった <input type="checkbox"/>
		よくのどが渇いて、お茶や水を飲む <input type="checkbox"/>
		食べ物がつかえたり、胸やけがしたりする <input type="checkbox"/>
		尿の量が多くなったり、甘酸っぱい臭いがする <input type="checkbox"/>
がん既往歴	特になし <input type="checkbox"/>	
胃がん	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	【裏面の健診諸注意欄参照】 手術年齢 <input type="checkbox"/>
胃潰瘍	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 手術せず <input type="checkbox"/>
胃ポリープ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 手術せず <input type="checkbox"/>
胃炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 手術せず <input type="checkbox"/>
十二指腸潰瘍	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 手術せず <input type="checkbox"/>
肺がん	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 手術せず <input type="checkbox"/>
肺結核	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 手術せず <input type="checkbox"/>
肺炎・気管支炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 手術せず <input type="checkbox"/>
胸膜炎(肋膜炎)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 手術せず <input type="checkbox"/>
けい肺・じん肺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 手術せず <input type="checkbox"/>
その他の呼吸器疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 手術せず <input type="checkbox"/>
大腸がん	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 手術せず <input type="checkbox"/>
前立腺がん	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 手術せず <input type="checkbox"/>
その他のがん	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 手術せず <input type="checkbox"/>
胆嚢疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 手術せず <input type="checkbox"/>
肺がん検診確認事項	特になし <input type="checkbox"/>	
仕事で石鹼・粉じん作業等に従事したことがありますか	特になし <input type="checkbox"/>	業務歴
胃がん検診確認事項	特になし <input type="checkbox"/>	
白便よりむせやすい	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	消化管穿孔、闇瘻又はその疑い <input type="checkbox"/>
前回、胃の検査後下剤を飲んでも排便できず医療機関を受診した	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	バリウム過敏症 <input type="checkbox"/>
大腸疾患で手術したことがある	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	
腸管憩室がある	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	
本日の血圧が高値	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	授乳中 <input type="checkbox"/>
がん家族歴	特になし <input type="checkbox"/>	
胃がん	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	【裏面の健診諸注意欄参照】 手術年齢 <input type="checkbox"/>
肺がん	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 手術せず <input type="checkbox"/>
大腸がん	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 手術せず <input type="checkbox"/>
前立腺がん	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 手術せず <input type="checkbox"/>
子宮がん	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 手術せず <input type="checkbox"/>
乳がん	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 手術せず <input type="checkbox"/>
卵巣がん	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 手術せず <input type="checkbox"/>