

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）	特定業務従事者	<input type="checkbox"/>	特定健診のみ	<input type="checkbox"/>
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			
生年月日	明治 大正 昭和 平成	年齢	歳		
所属コード		所属名			
雇入年月日	昭和 平成	続柄	本 記		
保険証	記 号 番 号	承認番号			

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（裏面の健診票注意参照）		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"/>	
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		自覚症状 特になし <input type="checkbox"/>	
高血圧 1 <input type="checkbox"/> 糖尿病 2 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 3 <input type="checkbox"/> 腎臓病（人工透析等） 4 <input type="checkbox"/> ★貧血 5 <input type="checkbox"/>	脳卒中（脳出血、脳梗塞等） 6 <input type="checkbox"/> 心臓病（狭心症、心筋梗塞、不整脈等） 7 <input type="checkbox"/> 肝臓病 8 <input type="checkbox"/> 痛風・高尿酸血症 9 <input type="checkbox"/> 血小板減少症 10 <input type="checkbox"/>	胸が痛い、しめつけられる 1 <input type="checkbox"/> 物ががすんで見える 6 <input type="checkbox"/> 動悸、息切れ 2 <input type="checkbox"/> 咳や痰が続いてる（2週間以上） 7 <input type="checkbox"/> 脈の乱れ 3 <input type="checkbox"/> 血痰が6ヶ月以内にあった 8 <input type="checkbox"/> よくのどが渇いて、お茶や水を飲む 4 <input type="checkbox"/> 食べ物がつかえたり、胸やけがしたりする 9 <input type="checkbox"/> 尿の量が多くなったり、甘酸っぱい臭いがする 5 <input type="checkbox"/> 胃のあたりに痛みがある 10 <input type="checkbox"/>	
生活状況等①		がん既往歴 特になし <input type="checkbox"/>	
たばこを吸っている 1 <input type="checkbox"/> 毎日 2 <input type="checkbox"/> 1日当りの飲酒量 3 <input type="checkbox"/>		胃がん 11 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 12 <input type="checkbox"/> 胃ポリープ 13 <input type="checkbox"/> 胃炎 14 <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍 15 <input type="checkbox"/> 肺がん 16 <input type="checkbox"/> 肺結核 17 <input type="checkbox"/> 肺炎・気管支炎 18 <input type="checkbox"/> 胸膜炎（肋膜炎） 19 <input type="checkbox"/> けい肺・じん肺 20 <input type="checkbox"/> その他の呼吸器疾患 21 <input type="checkbox"/> 大腸がん 22 <input type="checkbox"/> 前立腺がん 23 <input type="checkbox"/> その他のがん 24 <input type="checkbox"/> 胆嚢疾患 25 <input type="checkbox"/>	
生活状況等②		がん家族歴 特になし <input type="checkbox"/>	
ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い 5 <input type="checkbox"/> 人と比較して食べる速度が速い 6 <input type="checkbox"/> 就寝前の2時間以内に夕食をとることがある 7 <input type="checkbox"/> 夕食後に間食（3食以外の夜食）をとることがある 8 <input type="checkbox"/> 朝食を抜くことがある 9 <input type="checkbox"/> 20歳の時の体重から10kg以上増加している 10 <input type="checkbox"/> この1年間で体重の増減が±3kg以上あった 11 <input type="checkbox"/> 日常生活の中で1日1時間以上動いている（歩行又は同等の身体活動） 12 <input type="checkbox"/> 睡眠で休養が十分とれている 13 <input type="checkbox"/> 運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか？ 14 <input type="checkbox"/> 生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか？ 15 <input type="checkbox"/>		①改善するつもりはない ②改善するつもりである（概ね6か月以内） ③概ね1か月以内に改善するつもりであり、少しずつ始めている ④既に改善に取り組んでいる（6か月未満） ⑤既に改善に取り組んでいる（6か月以上）	
肺がん検診確認事項		胃がん検診確認事項	
仕事で石綿・粉じん作業等に就事したことがある 1 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 年間		日頃よりむせやすい 4 <input type="checkbox"/> 前血、胃の検査後下痢を飲んでも排便できず医療機関を受診した 5 <input type="checkbox"/> 大腸疾患で手術したことがある 6 <input type="checkbox"/> 腸管憩室がある 7 <input type="checkbox"/> 本日の血圧が高値 8 <input type="checkbox"/>	
【理学的所見】		がん家族歴 特になし <input type="checkbox"/>	
異常なし 0 <input type="checkbox"/> 不整脈 1 <input type="checkbox"/> 心雑音 2 <input type="checkbox"/> 呼吸音異常 3 <input type="checkbox"/> その他の所見 4 <input type="checkbox"/>		胃がん 1 <input type="checkbox"/> 肺がん 2 <input type="checkbox"/> 大腸がん 3 <input type="checkbox"/> 前立腺がん 4 <input type="checkbox"/> 子宮がん 5 <input type="checkbox"/> 乳がん 6 <input type="checkbox"/> 卵巣がん 7 <input type="checkbox"/>	