

事業所名:
住所:

健康診断受診票①

フリガナ:
氏名:
ID:

生年月日: _____ 歳
性別: _____

受診年月日: _____
前回検査日: _____

医療法人社団東光会 西東京中央総合病院

【Ⅰ】自覚症状について、当てはまるものにチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> 疲れやすい	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> めまい	<input type="checkbox"/> 耳鳴り
<input type="checkbox"/> 肩こり	<input type="checkbox"/> 腰痛	<input type="checkbox"/> 胸痛	<input type="checkbox"/> 腹痛	
<input type="checkbox"/> 動悸	<input type="checkbox"/> 息切れ	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 痰	
<input type="checkbox"/> 食欲不振	<input type="checkbox"/> 胃の具合が悪い	<input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 下痢	
<input type="checkbox"/> むくみ	<input type="checkbox"/> 口が渇く	<input type="checkbox"/> 手足がしびれる	<input type="checkbox"/> いろいろする	
<input type="checkbox"/> 貧血	<input type="checkbox"/> アレルギー(_____)	<input type="checkbox"/> その他 (_____)		

【Ⅱ】最後に食事をしたのはいつですか？

(_____) 時間前

【Ⅲ】既往歴や家族歴について、当てはまるものにチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/> 特になし											
	<small>既往歴</small>	<small>治療中</small>	<small>家族歴</small>		<small>既往歴</small>	<small>治療中</small>	<small>家族歴</small>		<small>既往歴</small>	<small>治療中</small>	<small>家族歴</small>
高血圧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	高脂血症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
眼疾患(高眼圧等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	胃十二指腸	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	痛風(高尿酸血症)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	胆石症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肝疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
婦人科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	血液疾患(貧血等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	脳卒中(脳出血・脳梗塞)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腎疾患(結石等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	呼吸器疾患(喘息等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	貧血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腎不全(人工透析治療)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肺結核	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(病名: _____)											

【Ⅳ】現在以下のa～dのくすりを使用していますか。

a. 血圧を下げるくすり
 b. インスリン注射もしくは血糖を下げるくすり
 c. コレステロールを下げるくすり
 d. その他服薬中のくすり
 特になし
 ※服薬中の方は、わかる範囲で薬品名をご記入ください。(_____)

【Ⅴ】生活状況およびその他について

<p>1. 現在たばこを習慣的に吸っていますか</p> <p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 1日 本</p> <p><input type="checkbox"/> 吸っていた (_____ 歳まで) 1日 本</p>	<p>3. 飲酒日の1日当たりの飲酒量</p> <p><input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1～2合未満</p> <p><input type="checkbox"/> 2～3合未満 <input type="checkbox"/> 3合以上</p>
<p>2. お酒を飲みますか</p> <p><input type="checkbox"/> 毎日飲む</p> <p><input type="checkbox"/> 時々飲む → 週(_____)回</p> <p><input type="checkbox"/> ほとんど飲まない(飲めない)</p>	<p>4. 睡眠で休養が十分とれていますか</p> <p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>※女性の方のみお答えください</p> <p>・生理中ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>・妊娠していますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>