

| | | |
|-----------------|---|-----------|
| ◆健康診断個人票/問診票 | 成人病健診・法定健診（定期・雇入時） | 文書作成（有・無） |
| | 一般ドック・消化器ドック・胃がんドック | 窓口支払（有・無） |
| | ID: 事業所コード: | |
| 事業所名: | 腹部US・胃内視鏡・大腸内視鏡・便潜血・尿酸・アミラーゼ CRP・腎機能・UBT・血中ピロリ抗体・便中ピロリ抗原 PEP・CEA・CA19-9・AFP・CA125・p-53抗体 鉄関連・甲状腺・肝機能追加・HBs抗原・HCV抗体 | |
| 検査年月日: 平成 年 月 日 | | |

※以下の二重線で囲まれた項目に記載してください。（他覚症状を除く）

| | | | |
|---|--|---|--|
| ふりがな | | | |
| お名前: | | 性別: 男 ・ 女 | |
| 生年月日: 昭和・平成 年 月 日 | | 連絡先: | |
| <p>●既往歴（これまでにかかったことのある病気や手術） ※該当するものに✓を、なければその他に記載してください</p> <p><input type="checkbox"/>特になし <input type="checkbox"/>虫垂炎 <input type="checkbox"/>胃・十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/>大腸炎 <input type="checkbox"/>憩室炎 <input type="checkbox"/>肝炎 <input type="checkbox"/>脳梗塞・脳出血 <input type="checkbox"/>心筋梗塞 <input type="checkbox"/>狭心症 <input type="checkbox"/>不整脈 <input type="checkbox"/>肺炎 <input type="checkbox"/>気管支喘息 <input type="checkbox"/>肺結核 <input type="checkbox"/>尿管結石 <input type="checkbox"/>腎炎 <input type="checkbox"/>膀胱炎 <input type="checkbox"/>骨折 <input type="checkbox"/>甲状腺疾患 <input type="checkbox"/>食道がん <input type="checkbox"/>胃がん <input type="checkbox"/>大腸がん <input type="checkbox"/>肺がん <input type="checkbox"/>乳がん <input type="checkbox"/>子宮がん <input type="checkbox"/>その他（ ）</p> | | <p>●現病歴（現在治療を受けている病気） ※該当するものに✓を、なければその他に記載してください</p> <p><input type="checkbox"/>特になし <input type="checkbox"/>高血圧 <input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>高脂血症 <input type="checkbox"/>高尿酸血症 <input type="checkbox"/>骨粗鬆症 <input type="checkbox"/>甲状腺疾患 <input type="checkbox"/>不整脈 <input type="checkbox"/>その他（ ）</p> | |
| <p>●家族歴 （ご兄弟・ご両親・祖父母に以下の病気の方がいらっしゃいましたら、✓の上、続柄を記載してください）</p> <p><input type="checkbox"/>特になし <input type="checkbox"/>高血圧（ ） <input type="checkbox"/>糖尿病（ ） <input type="checkbox"/>高脂血症（ ） <input type="checkbox"/>心筋梗塞（ ） <input type="checkbox"/>脳梗塞（ ） <input type="checkbox"/>くも膜下出血（ ） <input type="checkbox"/>胃がん（ ） <input type="checkbox"/>大腸がん（ ） <input type="checkbox"/>乳がん（ ） <input type="checkbox"/>子宮がん（ ） <input type="checkbox"/>その他（ ）（ ）</p> | | <p>●自覚症状 <input type="checkbox"/>特になし</p> | |
| <p>●嗜好 ※該当するものに✓をつけてください</p> <p>喫煙: <input type="checkbox"/>現在習慣的に吸っている <input type="checkbox"/>吸っていない <input type="checkbox"/>禁煙した</p> <p>飲酒: <input type="checkbox"/>毎日 <input type="checkbox"/>時々 <input type="checkbox"/>ほとんど飲まない（飲めない） 飲酒日の一日あたりの飲酒量 ※清酒1合（180ml）の目安 ビール中瓶1本 焼酎35度（80ml） ウイスキーダブル1杯（60ml） ワイン2杯（240ml） <input type="checkbox"/>1合未満 <input type="checkbox"/>1~2合 <input type="checkbox"/>2~3合 <input type="checkbox"/>3合以上</p> | | <p>●他覚症状 ※医師が記載します</p> <p><input type="checkbox"/> 1回30分以上の軽く汗を掻く運動を週2日以上、1年以上実施している <input type="checkbox"/> 日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施している <input type="checkbox"/> ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い <input type="checkbox"/> 就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3日以上ある <input type="checkbox"/> 夕食後に間食（3食以外の夜食）をとることが週に3回以上ある <input type="checkbox"/> 人と比較して食べる速度が速い <input type="checkbox"/> 朝食を抜くことが週に3回以上ある <input type="checkbox"/> 運動や食生活などの生活習慣を改善しようと思う <input type="checkbox"/> 生活習慣の改善について保健指導を受けてみたい</p> | |
| <p>●運動その他 ※該当するものに✓をつけてください</p> <p><input type="checkbox"/> 睡眠で休養が十分とれている <input type="checkbox"/> 20歳の時の体重から10kg以上増加している <input type="checkbox"/> この1年間で体重の増減が±3kg以上あった</p> | | | |