

加行No

問診票 健診G

フリガナ		生年月日	T・S・H 年 月 日	受診日	
氏名		性別	男・女	TEL	
住所	-	年齢	才		

以下の質問に対して、該当する□に✓を記入してください。

現病歴（現在治療を受けている病気）

なし 高血圧 糖尿病 脂質異常 高尿酸血症 骨粗しょう症 甲状腺疾患 不整脈 リウマチ膠原病
他（ ） ←現在飲んでいる薬⇒（ ）

既往歴（これまでにかかったことのある病気や手術）

なし 高血圧 糖尿病 脂質異常 胃・十二指腸潰瘍 肝炎 脳梗塞・脳出血 心筋梗塞 狭心症
不整脈 肺炎 気管支喘息 肺結核 尿管結石 腎炎 膀胱炎 骨折 甲状腺疾患
がん⇒部位（ ） 他（ ）

家族歴（わかる範囲でご家族が掛かれた病気）

なし 高血圧 糖尿病 脂質異常 心疾患 不整脈 がん 結核 高尿酸血症 他（ ）
 ←父 母 兄 弟 姉 妹

自覚症状について

なし めまい 息切れ 動悸 むくみ 手足のしびれ 胃もたれ 倦怠感 他（ ）

業務歴について（以下に該当するような業務についてしたことはありますか）

なし 有機溶剤使用業務 原発関連業務 粉塵が著しく舞う環境での業務 他（ ）

現在、たばこを習慣的に吸っている。 1.はい 2.いいえ
※現在習慣的に喫煙している方は、「合計100本以上、または6ヶ月以上吸っている方」であり、最近1ヶ月間も吸っている方

20歳以上 20歳の時の体重から10kg以上増加している。 1.はい 2.いいえ

1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施 1.はい 2.いいえ

日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施 1.はい 2.いいえ

ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。 1.はい 2.いいえ

人と比較して食べる速度が速い。 1.早い 2.普通 3.遅い

就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。 1.はい 2.いいえ

朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。 1.毎日 2.時々 3.ほとんど飲まない

朝食を抜くことが週に3回以上ありますか？ 1.はい 2.いいえ

20歳以上 お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度 1.毎日 2.時々 3.ほとんど飲まない（飲まない）

20歳以上 飲酒日の1日当たりの飲酒量 ①1合未満 ②1～2合未満

20歳以上 日本酒1合（180ml）の目安：ビール500ml、焼酎（25度） ③2～3合未満 ④3合以上
 1 10ml、ウイスキーダブル1杯（60ml）、ワイン2杯（240ml）

睡眠で休養が十分とれている。 1.はい 2.いいえ

最後に食事をしてから何時間経過していますか。 ②10時間以上 ③3時間半～10時間未満 ④3時間半未満

女性のみ 生理中ですか（女性のみお答えください） 1.はい 2.いいえ

女性のみ 妊娠中及び妊娠の可能性（女性のみお答えください） 1.あり 2.なし

健診結果をお渡しする方法 1.来院（結果受取のみ） 2.来院（医師から結果説明） 3.郵送
←窓口で結果のみお渡し ←結果説明のみは診察料なし ←郵送費別途370円

健診結果の希望期限について 1.なし 2.あり→ 月 日まで
←通常～2週間程度 ←最短で作成まで稼働日約7日要します

受診票 (健診G)

コース	金額(税込)	医師問診	身体測定	尿検査	視力聴力	血液検査	胸部XP	ECG
健診G	11,000	○	○	○	○	○	○	○

指定項目用紙の持参 なし あり→預かり、盤の一番上にはさんで送る(返却する際は必ずJIS-保管)

- 血圧脈拍 結果貼付
- 採血 採血実施
- 尿検査 尿検実施
- 身長体重 バイオトク計測実施
- 腹囲測定 .

血圧1回目
貼付

血圧2回目
貼付

- 聴力
- | | | | |
|---|---|--|--|
| 右 | 1000Hz 30dB <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> NG | 4000Hz 30dB <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> NG→ | 40dB <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> NG |
| 左 | 1000Hz 30dB <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> NG | 4000Hz 30dB <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> NG→ | 40dB <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> NG |

- 視力 裸眼貼付 矯正貼付

- 胸部X-P 胸部XP実施

- 心電図 心電図検査実施

身長体重
貼付

視力
貼付

- | 追加採血等 | その他 |
|--|--|
| <p>追加等</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 麻疹抗体(EIA) <input type="checkbox"/> 風疹抗体(EIA) <input type="checkbox"/> 麻疹抗体(HI) <input type="checkbox"/> 風疹抗体(EIA) <input type="checkbox"/> 水痘抗体(EIA) <input type="checkbox"/> おたふく(EIA) <input type="checkbox"/> HBs抗原 <input type="checkbox"/> HBs抗体 <input type="checkbox"/> HCV抗体 <input type="checkbox"/> 血液型 <input type="checkbox"/> TPHA(梅毒) <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> TSPOT <input type="checkbox"/> 尿酸 <input type="checkbox"/> 総コレステロール <input type="checkbox"/> 総蛋白 <input type="checkbox"/> FT3 <input type="checkbox"/> FT4 <input type="checkbox"/> TSH <input type="checkbox"/> AFP <input type="checkbox"/> CEA <input type="checkbox"/> CA19-9 <input type="checkbox"/> PSA <input type="checkbox"/> CA125 <input type="checkbox"/> NT-proBNP | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 低線量CT <input type="checkbox"/> 胃内視鏡 <input type="checkbox"/> 腹部II- <input type="checkbox"/> 便潜血2日法 |

- 心電図所見Dr記載**
- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1.所見あり
<input type="checkbox"/> 2.所見なし | <input type="checkbox"/> 1.異常Q波
<input type="checkbox"/> 2.左室肥大の疑い
<input type="checkbox"/> 3.ST低下
<input type="checkbox"/> 4.陰性T
<input type="checkbox"/> 5.WPW症候群 | <input type="checkbox"/> 6.完全右脚ブロック
<input type="checkbox"/> 7.上室期外収縮
<input type="checkbox"/> 8.心室期外収縮
<input type="checkbox"/> 9.心房細動
<input type="checkbox"/> 10.上室頻拍
<input type="checkbox"/> 11.左脚前枝ブロック
<input type="checkbox"/> 12.左脚ブロック
<input type="checkbox"/> 13.非特異的T波異常
<input type="checkbox"/> 14.QT時間延長
<input type="checkbox"/> 15.ST上昇
<input type="checkbox"/> 16.洞性不整脈 |
|--|---|---|

- 内科所見**
- | | | |
|--|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1.所見あり
<input type="checkbox"/> 2.所見なし | <input type="checkbox"/> 1.心雑音
<input type="checkbox"/> 2.呼吸音異常
<input type="checkbox"/> 3.リンパ節腫脹
<input type="checkbox"/> 4.浮腫
<input type="checkbox"/> 5.貧血様症状
<input type="checkbox"/> 6.不整脈 | <input type="checkbox"/> その他 |
|--|--|------------------------------|