

健康診断受診票の記入について

事前に下記の①～④をご記入された上で、
健診当日に受付へご提出ください。

そのラ
のべ
ま
ま
シ
提
出
ル
し
は
て
剥
く
が
だ
さ
ず
い
に

30344041-100
30344041-200
30344041-400
30344041-200
30344041-400
30344041-000

健康診断受診票① 住所・電話番号に変更や基本情報に
修正があれば二重線で訂正ください
※年齢は契約内容によって自動計算となっております

④ 署名してください
30344041D 10

〒 **ご自宅の住所を書いてください**

〒 **② 最終飲食を記入ください**

〒 **③ 当てはまる項目に／線を記入ください**

日中連絡のつきやすい番号を書いてください

① 問診について (該当する項目の欄に「/」を記入してください。)

朝食を抜くことが3回以上ある	断られることがある	睡眠で外套が十分とれている	膝・関節等が痛い
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日30分以上の徐くろをかかぬ歩道を週2日以上1年以上継続している	1日の尿量が多い	咳・痰がよく出る
毎日 時々 ほとんど摂取しない	日常生活で歩行時の身体傾斜を1日15分間以上実現している	便秘がちである	胸のしめつけ、痛みがある
就寝時間の2時間以内に夕食をとることが3回以上ある	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が遅い	下痢をしやすい	6ヶ月以内に血圧が出たことがある
20歳の時から体重が10kg以上増加している(20歳の時の体重 kg)	胸や手足がむくむ	吐き気がする・食欲がない	めまいや耳鳴りの強弱で悩んだことがある
①人と比較して食べる速度は?	全身がだるく疲れやすい	互換り・めまい・立ちくらみがある	香辛料の多い食事が多いことがある
速い 遅い 普通	のどが通しやすい(多数が)	手足がしびれる	⑤女性のみ記入してください
②食事を食べる時の状況	かみこみ・飲みこみ・飲みこみ	不安・不眠・緊張感がある	女性 月経中である 月経不調 閉経している
③運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思えますか?	④飲酒習慣 (お酒は飲んでいますか?)	⑥喫煙習慣 (たばこは吸いますか?)	
改善するつもりはない	①毎日飲む	①毎日、吸っている	
改善するつもり (週1回~1ヶ月以内) 改善するつもり (6ヶ月以内)	②ほとんど飲まない、又は、飲めない	②時々飲む (週に数回)	
5歳に飲り組んでいる(6ヶ月未満)	1日当たりの飲酒量 (純アルコール) ①1合未満 ②1合~2合未満 ③2合~3合未満	③吸ったことがない	
5歳に飲り組んでいる(6ヶ月以上)	④1合未満 ⑤2合~3合未満 ⑥3合以上	④吸ったことがない	
⑦保健指導を受ける機会があれば利用しますか?	利用する 利用しない	⑤吸ったことがない	
		⑥吸ったことがない	

最終飲食時間 AM・PM 時 分 秒

空腹時採血 飲食後

この部分には
記入しないでください

1:異常なし
2:検査異常-特に心配なし
3:要経過観察
4:要精密検査
5:要治療

② 病歴について (該当する病名⇒「既往」又は「治療中」いずれかの欄に「/」を記入してください。)

※家族の方に病歴がある方は、家族歴の欄に「/」を記入してください。※検査中の場合は、()内に病名を記入してください。

本人歴		
既往	治療中	病名
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	高血圧 (高血圧)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	糖尿病 ※インスリン注射含む (糖尿病)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	脂質異常症 (高脂血症) (高脂血症)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	心臓疾患 (狭心症・心不全等)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	脳血管障害 (脳卒中・脳梗塞・くも膜下出血等)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肝臓疾患 (慢性肝炎・脂肪肝・胆石等)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	がん ()
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	腎臓疾患 (腎臓病)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	甲状腺疾患
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	痛風
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	慢性腎臓病 (CKD)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	その他 ()

佐賀県健康づくり財団 佐賀県健診・検査センター

ご記入にはえんぴつ (濃いめ) またはボールペンでご記入ください。