

浦安サンクリニック
健康診断申込書

ご記入日：平成 年 月 日

フリガナ 性別 男性・女性
お名前 生年月日・年齢 大正・昭和・平成 年 月 日 (満 歳)
住所 〒 - 電話 ()
勤務先 (勤務予定先)・学校名 日中ご連絡先 (携帯・勤務先) ()
当クリニックをお選びになった理由にチェックを入れてください。
[]勤務(予定)先の指定 []勤務(予定)先からの紹介 []HP []その他()

Table with columns: Course Selection (コース選択), Health Check Items (健診項目), and Fee (料金). Rows include A through I courses, Human Dock A/B, and specific health check options with their respective fees.

※問診……問診、身体計測、血圧、視力、聴力

<オプション検査> ご希望の検査にチェックを入れてください。

Table of optional tests (オプション検査) including individual tests (単独検査), other tests (その他検査), cancer check (がん検診), and hospital registration (当院記入欄) with prices.

A~Hコースの方は
ご予約が不要です※
※複数人でお申込みの方、胃バリウム・胃内視鏡検査・人間ドックをご希望の方はご予約が必要となります。
☎0120-16-3929

健康診断 問診票

001

氏名	フリガナ	性別	生年月日	年 月 日 (歳)
		男・女		

※2枚目、3枚目にもカナ氏名記入欄がございますので、お手数をお掛けしますが忘れずにご記入をお願いします。

健診 受診者番号	※スタッフ記入
-------------	---------

～問診、家族歴、住所、連絡先の記入について～

受診される方の現在の健康状態や家族歴を記入して頂く事は検査結果を判断する上で大変重要な資料となります。また住所、連絡先については、検査資料・報告書の送付、検査結果により緊急連絡をとる場合の貴重な手がかりになります。また皆様からお預かりした資料及び検査データの秘密の厳守につきましては万全を期す所存です。皆様のご理解とご協力をお願い致します。

医療法人社団禎心会 浦安サンクリニック 院長

既往歴

- | | | | |
|------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 肝臓病 | <input type="checkbox"/> 痛風 | <input type="checkbox"/> 胆石症 |
| <input type="checkbox"/> 脳梗塞 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 肺の病気(呼吸器) | <input type="checkbox"/> 耳の病気 |
| <input type="checkbox"/> 心臓病 | <input type="checkbox"/> 腎臓病 | <input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍 | <input type="checkbox"/> 目の病気 |
| <input type="checkbox"/> 貧血 | <input type="checkbox"/> 高脂血症 | <input type="checkbox"/> 胃炎 | <input type="checkbox"/> その他 |

自覚症状についての質問

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> めまいがしたり、ふらつくことがある | <input type="checkbox"/> 胸がつかえたり、胸やけしたりすることがある |
| <input type="checkbox"/> 頭痛がしたり、吐き気のすることがある | <input type="checkbox"/> 腹痛を感じるすることがある |
| <input type="checkbox"/> 物忘れがひどくなった | <input type="checkbox"/> 便秘・下痢などの便通異常がある |
| <input type="checkbox"/> 手足のしびれがある | <input type="checkbox"/> 排尿障害がある |
| <input type="checkbox"/> 咳、痰がでたり、痰に血が混じっていたりする | <input type="checkbox"/> 夜中に何回かトイレに行くことがある |
| <input type="checkbox"/> 胸がしめつけられたり、痛んだりすることがある | <input type="checkbox"/> 関節痛や体に痛みがある |
| <input type="checkbox"/> 階段や坂道で息切れしたり、動悸がしたりすることがある | <input type="checkbox"/> 発疹が出ることがある |
| <input type="checkbox"/> のどが渇き、水をよく飲む | <input type="checkbox"/> 乳房にしこりがある |
| <input type="checkbox"/> 最近急に体重が減った | <input type="checkbox"/> 生理不順や不正出血がある |
| <input type="checkbox"/> 食欲がない | <input type="checkbox"/> その他 |

生活習慣病についての質問

※この質問項目は厚生労働省が定める標準的な健診に基づき、「生活習慣病のリスク評価」「保健指導の階層化」「健診結果の通知(情報提供)」に活用されます。

01. 現在、aからcの薬の使用有無について

3. (a)血圧を下げる薬

(b)インスリン注射又は血糖を下げる薬

(c)コレステロールを下げる薬

04. 医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっていると言われたり、治療を受けたことがある。

05. 医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっていると言われたり、治療を受けたことがある。

06. 医師から、慢性の腎不全にかかっていると言われたり、治療(人工透析)の治療を受けたことがある。

07. 医師から貧血と言われたことがある。

08. 現在、たばこを習慣的に吸っている。
※「現在、たばこを習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者

A~D
コース
の方は
ここまで↓

※喫煙中の方のみ 喫煙本数: 本/日
喫煙年数: 年

09. 20歳の時の体重から10kg以上増加している。

10. 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上、1年以上実施している。

11. 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。

12. ほぼ同じ年齢の同姓と比較して歩く速度が速い。

13. この1年間で体重の増減が±3kg以上あった。

14. 人と比較して食べる速度が速い。

速い

普通

遅い

15. 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。

16. 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。

17. 朝食を抜くことが週に3回以上ある。

18. お酒(清酒、焼酎、ビール洋酒など)を飲む頻度。

毎日

時々

ほとんど飲まない(飲めない)

19. 飲酒日の1日当たりの飲酒量。

清酒1合(180ml)の目安:
ビール中瓶1本(約500ml)
焼酎35度(80ml)
ウイスキーダブル1杯(60ml)
ワイン2杯(240ml)

1合未満

1~2合

2~3合

3合以上

20. 睡眠で休養が十分にとれている。

21. 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。

改善するつもりはない

改善するつもりである(概ね6ヶ月以内)

近いうちに(概ね1ヶ月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている

既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満)

既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)

22. 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。

カナ氏名	
------	--

健診 受診者番号	※スタッフ記入
-------------	---------

003

手術歴	病名・手術名	年齢	手術日
		歳	年頃
		歳	年頃
		歳	年頃
		歳	年頃
		歳	年頃
		歳	年頃
		歳	年頃

家族歴	病名	1. 父 2. 母 3. 兄弟姉妹 4. その他親族()
	高血圧	1. 父 2. 母 3. 兄弟姉妹 4. その他親族()
	心臓病	1. 父 2. 母 3. 兄弟姉妹 5. その他親族()
	糖尿病	1. 父 2. 母 3. 兄弟姉妹 6. その他親族()
	がん	1. 父 2. 母 3. 兄弟姉妹 7. その他親族()
	脳卒中	1. 父 2. 母 3. 兄弟姉妹 8. その他親族()
	その他()	1. 父 2. 母 3. 兄弟姉妹 9. その他親族()
	その他()	1. 父 2. 母 3. 兄弟姉妹 9. その他親族()

現病歴	病名	発症年月日	病院名	服薬中のお薬名	服薬期間
		年 月頃			年 ヶ月
		年 月頃			年 ヶ月
		年 月頃			年 ヶ月
		年 月頃			年 ヶ月
		年 月頃			年 ヶ月
		年 月頃			年 ヶ月

～健診結果報告表のご返却について～

健診結果報告書は、基本的に後日郵送でお渡し致します。
 郵送でのご返却を希望されない方は、予めスタッフまでお申し付け下さい。

医療法人社団禎心会 浦安サンクリニック 院長

健診結果表の送付先について自宅以外の場所へ発送を希望される場合は下記へご記入下さい。

送付先住所 会社名・部署名等	〒		
氏名		ご連絡先 電話番号	