健康診断受診票

住所　(郵便番号　　)　　電話

ふりがな
氏名

生年月日　性別
明 昭
大 平　　年　　月　　日 生　　歳　(男 ・ 女)

本日の体調
- □ 空腹時(食後４時間以上)
- □ 食後　□ 分
- □ 睡眠不足　□ 過労気味　□ 風邪気味

前日に
- □ 歯科治療を受けた
- □ 深酒をした
- □ 激しい運動をした

既往歴
今までに手術や入院を伴う病気やケガをしたことがありますか

□ 無　□ 有
- 歳　病名
- 歳　病名

女性の方
- □ 生理中　□ 妊娠していない　□ 妊娠中または妊娠の疑いがある
- ・生理　□ 規則的　□ 不規則　□ 閉経

使用薬剤
- □ 血圧を下げる薬　薬剤名
- □ インスリン注射または血糖を下げる薬　薬剤名
- □ コレステロールを下げる薬　薬剤名

眠気
- ・大きないびきをかくと言われたことがある　□ はい　□ いいえ　□ わからない
- ・夜間睡眠時に息が止まると言われたことがある　□ はい　□ いいえ　□ わからない

自覚症状
- □ 特になし
- □ 頭痛　□ めまい　□ 耳鳴り　□ 視力低下　□ 目の疲れ
- □ 胸痛　□ どうき　□ 腰痛　□ 腹痛　□ 乳腺にしこり
- □ 咳　□ 痰　□ 血痰　□ 食欲不振
- □ 不安感　□ ゆううつな気分　□ しびれ
- ・便通　□ 便秘　□ 下痢　□ 血便　□ 黒色便
- ・排尿　□ 残尿感　□ 残尿時痛　□ 頻尿
- ・ストレス　□ それほど多くない　□ かなり多い
- □ その他　症状等がございましたらお書き下さい

生活習慣病調査
- 仕事内容　□ 変化なし　□ 楽になった　□ つらくなった
- タバコ　□ 吸わない　□ 以前吸っていた　□ 習慣的に吸う　1日平均 □ 本　□ 年
- 労働時間　□ 9時間未満　□ 9～11時間　□ 11時間以上　平均残業時間 □ 時間/日
- 睡眠　□ 7時間以上　□ 5～7時間　□ 5時間未満
- 睡眠で休養が充分とれている　□ はい　□ いいえ
- 20歳時の体重から10kg以上増加している　□ はい　□ いいえ
- 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　□ はい　□ 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時間以上実施している　□ はい　□ いいえ
- 同年齢の同性と比較して歩く速度が速い　□ はい　□ いいえ
- この1年間で体重の増減が±3kg以上あった　□ はい　□ いいえ
- 人と比較して食べる速度が速い　□ 速い　□ 普通　□ 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　□ はい　□ いいえ
- 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　□ はい　□ いいえ
- 朝食を抜くことが週に3回以上ある　□ はい　□ いいえ
- お酒を飲む頻度　□ 毎日　□ 時々　□ ほとんど飲まない
- 飲酒量　□ 1合未満　□ 2～3合　□ 3合以上

※清酒1合=ﾋﾞｰﾙ500ml･ﾜｲﾝ240ml･焼酎80ml･ｳｨｽｷｰ60ml

運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか
- □ 改善するつもりはない　□ 改善するつもり(概ね6ヶ月以内)
- □ 近いうち(概ね1ヶ月以内)に改善するつもりであり少しづつ始めている
- □ 取り組んでいる(6ヶ月未満)　□ 取り組んでいる(6ヶ月以上)

クリニック記入欄

身長(　　)　体重(　　)　BMI(　　)　腹囲(　　)

視力　右　(　　)　左　(　　)　コ･メ　　色覚　所見　無　・　有

聴力　所見　無　・　有　　オージオ　右1000-(　)4000-(　)　手術(　　)

左1000-(　)4000-(　)　入院(　　)

血圧　①(　　～　　)　②(　　～　　)　尿　蛋(　)　糖(　)　血(　)

個人情報の取り扱いについて

◎利用目的　当受診票による個人情報収集は、皆様の健康の維持と推進を目的とした適正な健康診断（検査の実施、会計、集計、診療連携、統計等）の確保のため実施するもので収集した情報は当院の健康診断業務に関連する施設に限定して利用いたします。当受診票に必要な情報が記載されない場合、適正な健康診断業務に支障をきたす恐れがございますのでご了承下さい。

◎委託　健康診断に関する業務の一部（血液検査等）を外部専門機関に委託する場合に、個人情報を提供することがありますが、この外部機関は当院で定めた規定に基づいて個人情報の適正な取り扱いに関する契約をしております。また、提供する個人情報は適正な業務に必要な情報のみに限定します。

◎開示･訂正　当院の管理するすべての個人情報につきましては、ご本人による開示･請求･訂正･削除･利用停止等の権利を行使する事ができます。

■当院では上記記載内容に同意を頂いた上で健康診断を実施させて頂いておりますので応じられなかった場合は、当該個人情報が必要な検査については実施できない場合がございます。あらかじめご了承下さい。

個人情報取り扱いについて　□ 同意する　□ 同意しない　ご署名