受診日

※　事前に必要事項を記入の上、当日ご持参下さい。

【健康保険組合】　　【保険記号】　　【保険番号】

【事 業 所 名】　　【　ＩＤ　】

【 所 属 名 】

氏名　　様　性別　　生年月日　　年　　月　　日　年齢　　歳

↓ご記入ください

日中連絡先　：　　（　　）

E-mail　：

治療・既往歴・家族歴について

【　病名コード表　】

コード	病　名	コード	病　名
01	高血圧	22	急性・慢性肝炎
02	脳梗塞	23	肝硬変
03	脳出血	24	肝がん
04	くも膜下出血	25	胆石
05	心筋梗塞	26	胆のうﾎﾟﾘｰﾌﾟ
06	狭心症	27	膵がん
07	不整脈	28	胃・十二指腸潰瘍
08	脂質異常症(高脂血症)	29	胃・十二指腸ﾎﾟﾘｰﾌﾟ
09	糖尿病	30	胃がん
10	腎炎	31	胃炎
11	腎不全	32	大腸ﾎﾟﾘｰﾌﾟ
12	腎・尿路結石	33	大腸がん
13	肺結核	34	椎間板ﾍﾙﾆｱ
14	気管支喘息（小児喘息　含）	35	ｱﾚﾙｷﾞｰ性鼻炎
		36	湿疹・蕁麻疹
15	自然気胸	37	ｱﾄﾋﾟｰ性皮膚炎
16	肺気腫	38	緑内障
17	肺がん	39	白内障
18	高尿酸血症・痛風	40	不眠症
19	甲状腺疾患	41	うつ病
20	前立腺肥大	42	婦人科疾患
21	貧血	43	乳房疾患
44	その他の疾患		

【現症】現在、病気や病院にかかっていますか。　☐ はい　☐ いいえ

（下記へ記入）

病　名	コード番号	開始期間	薬の服用	診察状況
		年 月から	☐ はい ☐ いいえ	☐ 治療中 ☐ 経過観察
		年 月から	☐ はい ☐ いいえ	☐ 治療中 ☐ 経過観察
		年 月から	☐ はい ☐ いいえ	☐ 治療中 ☐ 経過観察

【現在服用の薬剤名】

【既往歴】過去に大きな病気やけががありますか。　☐ はい　☐ いいえ

（下記へ記入）

病　名　・　け　が	コード番号	治療時期
		歳頃
		歳頃
		歳頃

【業務歴】　例：事務職、営業職　等

現在、下記の感染症にかかり、治療を行っておりますか？

1. はい（B型肝炎、C型肝炎、梅毒、HIV感染症）　2. いいえ

【家族歴】ご家族の方で病気にかかったことがあれば記入してください。
（続柄：父・母・祖父母・兄弟姉妹の範囲で記入）

続　柄	病　名	コード番号

質問について該当する項目に〇印をつけてください。　自覚症状（２ヶ月以内）

自覚所見Ｎｏ.	該当	自覚所見Ｎｏ.	該当	自覚所見Ｎｏ.	該当
1. 特になし		11. 胸痛		21. 顔・手足がむくむ	
2. めまい・たちくらみ		12. 胃痛		22. のどが渇く	
3. 頭痛		13. 腹部膨満感		23. 耳鳴り	
4. 微熱が続く		14. 便秘		24. 視力が落ちた	
5. 咳・痰がよく出る		15. 下痢		25. 肩こり	
6. 血痰が出る		16. 血便		26. 腰痛	
7. 息切れ		17. 血尿		**女性のみ**	該当
8. 動悸		18. 頻尿		27. ひどい生理痛	
9. 体重減少		19. 残尿感		28. 生理不順	
10. 不整脈		20. 尿の出が悪い		29. 不正出血	

※当クリニックのプライバシーポリシーに基づき、ご記入頂いた内容は健康診断及び医療サービスの目的以外には利用致しません。

※　事前に必要事項を記入の上、当日ご持参下さい。

健康診断に関わる質問 にお答えください。

1-3	現在、aからcの薬の使用についてお聞かせください。	
1	a. 血圧を下げるお薬を服用していますか。	1. はい　／　2. いいえ
2	b. 血糖値又はインスリン注射を下げるお薬を服用していますか。	1. はい　／　2. いいえ
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げるお薬を服用していますか。	1. はい　／　2. いいえ
4	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	1. はい　／　2. いいえ
5	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	1. はい　／　2. いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析など）を受けていますか。	1. はい　／　2. いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがありますか。	1. はい　／　2. いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 （条件1:最近1か月間吸っている 条件2:生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている）	1. はい（条件1と条件2を両方満たす） 2. 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない（条件2のみ満たす） 3. いいえ
9	20歳の時から体重が10kg以上増加していますか。	1. はい　／　2. いいえ
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週に2日以上、1年以上実施していますか。	1. はい　／　2. いいえ
11	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ますか。	1. はい　／　2. いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。	1. はい　／　2. いいえ
13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	1.何でもかんで食べることができる 2. 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある 3.ほとんどかめない
14	人と比べて食べる速度は速いですか。	1. 速い ／2. ふつう ／3. 遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか。	1. はい　／　2. いいえ
16	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. ほとんど摂取しない
17	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
18	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度はどれくらいですか。 （※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者）	1. 毎日　／　2. 週5～6日 3. 週3～4日　／　4. 週1～2日 5. 月に1～3日 6. 月に1日未満　7. やめた 8. 飲まない(飲めない)
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合（アルコール度数15度・180ml)の目安: ビール（同5度・500ml）、焼酎（同25度・約110ml）、ワイン（同14度・約180ml）、ウイスキー（同43度・60ml）、缶チューハイ（同5度・約500ml、同7度・約350ml)	1. 1合未満 2. 1～2合未満 3. 2～3合未満 4. 3～5合未満 5. 5合以上
20	睡眠で休養が十分にとれていますか。	1. はい　／　2. いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣を改善しようと思いますか。	1.改善するつもりはない 2.改善するつもりである（概ね6か月以内） 3.近いうちに(概ね1か月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている 4.既に改善に取り組んでいる（6か月未満） 5.既に改善に取り組んでいる（6か月以上）
22	生活習慣の改善についてこれまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	1. はい　／　2. いいえ

※当クリニックのプライバシーポリシーに基づき、ご記入頂いた内容は健康診断以外の目的に利用致しません。