

記入例

ID 856869
健康診断受診票

太枠内にご記入ください。

受付No.

社名 (団体名)	〇〇〇〇(株)	社員 コード	12345		
所属	△△支店	健康 保険証No	記号 123	番号 456	
フリガナ	シュンシュウ ハナコ	生年月日	大正・昭和・平成	51	年 3 月 15 日 生
氏名	俊秀 花子	年齢	50	歳	性別 女

※下記の検査は担当者が記入します。

担当サイン

担当サイン

身長	cm	体重	kg	体脂肪	%	医療 器具	SS			
腹囲	cm	SS		胸部	No.	インスリン ポンプ	グルコース 測定器	SS		
視力	裸眼	右	左	胃部	No.					
	矯正	右	左	眼圧	右	左				
血圧	1回	/	2回	/	3回	/				
尿	No.	ト タ セ ウ ・M中未検			眼底	No.	1.右 2.左 3.両眼			
		・治療中未検								
		・M中 ・その他未検								
有機	No.	鉛	No.	超音波	No.	腹部	五臓器	・ 前立腺		
聴力	1000Hz	右	1.なし 2.あり	左	1.なし 2.あり	婦人科	子宮	・ 乳房		
	4000Hz	右	1.なし 2.あり	左	1.なし 2.あり	喀痰	No.			
	会話法	1.正常 2.低下	検査不要	・補聴器	子宮	No.				
			右	左	両	・その他				
血液	No.	食前	/	食後	時間	便	No.	1回法 2回法	便中比 ⁰ 叫	
心電図	No.	HR			じん肺	石綿				
診察	自覚症状									
	他覚所見	1: 所見なし 2: 所見あり (所見ありの場合のみ指導区分1,2,3を記入して下さい)								
	01: 呼吸音異常	(1 2 3)	06: 貧血	(1 2 3)	11: 下腿浮腫	(1 2 3)				
	02: 心雑音	(1 2 3)	07: 黄疸	(1 2 3)	12: 関節腫脹	(1 2 3)				
	03: 不整脈	(1 2 3)	08: 甲状腺腫脹	(1 2 3)	13: 皮下腫瘍触知	(1 2 3)				
	04: 頸脈	(1 2 3)	09: リンパ節触知	(1 2 3)	14: 皮疹	(1 2 3)				
	05: 徐脈	(1 2 3)	10: 下肢静脈瘤	(1 2 3)	15: 腹部腫瘍触知	(1 2 3)				
	()	(1 2 3)	
	指導区分	1: 軽度異常	2: 要観察(治療中含む)	3: 要受診	医師名					
	業務歴	1. なし								
		2. あり								

個人情報の取り扱いについて

当院は、皆様が健康診断を受診されることで取得した氏名、生年月日、住所、健康保険番号、会社名、健診結果等の個人情報を適切な医療サービスを提供するため、以下の目的についてのみ利用させていただきます。

1. 個人情報の利用目的について

- 健康診断状況把握のための診察・検査の実施
- 健康診断結果報告（健康保険組合・事業主・受診者本人）
- 健康診断料金の請求
- 疾病管理の為に報告書作成
- 他の医療施設との連携（紹介、情報提供、他の医療機関からの照会への回答、精密健診結果の受領）
- 関係官庁への統計情報提出

2. 個人情報の第三者提供について

受診者の個人情報は、上記の場合または法律で定められている場合を除いて、あらかじめ受診者の同意をいただくことなく受診者の個人情報を外部に提供することはありません。ただし、官公庁から法的な手続きにより個人情報について提供が求められた場合は、関係法令に違反しない範囲において、受診者の同意なく受診者の個人情報内容を第三者に提供することがあります。

3. 外部機関に委託するとき

健康診断業務を実施するに当たり、業務の一部を外部に委託（データ提供）しています。委託先に関しては、契約等により個人情報保護に関する監査を行っております。

4. 開示対象個人情報の開示、訂正、削除、利用停止等

当クリニックが管理するすべての個人情報については、ご本人による開示請求・訂正・削除・利用停止等を求めることが可能です。個人情報相談窓口までご相談ください。

医療法人社団 俊秀会 エヌ・ケイ・クリニック
理事長 長澤 秀和
個人情報保護管理責任者：大津 晋一
個人情報相談窓口：03-3620-2034（代）

■個人情報の任意性及び提供に対する同意について

個人情報を提供することは任意です。但し、同意が得られない場合は、健康診断をお受けいただけません。また、健診結果の通知もできませんのでご了承ください。

なお、これらのお申し出は同意いただいた後でも撤回をすることが可能です。

同意いただく場合は、同意チェックボックスに必ずチェックをお願いいたします。上記個人情報の取り扱いに関して、不同意の場合は受診いただけませんのでご了承ください。

 同意する

私は上記に同意の上、個人情報を提出いたします。

署名

俊秀 花子

*中面もご記入ください

その他の検査	骨密度	サイズ	cm	1.右	m/sec	握力	右	kg	/	左	kg
	色覚	1.正	2.誤	()							



この問診票は、医師があなたの健康診断を実施するときに必要です。
プライバシーは守りますので、安心して記入ください。

●次の質問について、該当する箇所にし点を記入してください。

No.	質問項目	回答欄
1	血圧を下げる薬を使用している	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
2	血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用している	<input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
3	コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用している	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 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る	<input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 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る	<input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
6	医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析など）を受けたことがある	<input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがある	<input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っている ※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす場合です。 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 または 合計100本以上吸っている	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい（条件1と条件2を両方満たす） <input type="checkbox"/> 2. 最近1か月間は吸っていない（条件2のみ） <input type="checkbox"/> 3. いいえ（1,2以外）
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
11	日常生活において歩行又は同等の身体運動を1日1時間以上実施している	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1. なんでもかめる <input type="checkbox"/> 2. かみにくい <input type="checkbox"/> 3. ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速い	<input type="checkbox"/> 1. 速い <input checked="" type="checkbox"/> 2. ふつう <input type="checkbox"/> 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回以上ある	<input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 毎日 <input type="checkbox"/> 2. 時々 <input type="checkbox"/> 3. ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある	<input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
18	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度 ※「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	<input type="checkbox"/> 1. 毎日 <input type="checkbox"/> 2. 週5～6日 <input checked="" type="checkbox"/> 3. 週3～4日 <input type="checkbox"/> 4. 週1～2日 <input type="checkbox"/> 5. 月1～3日 <input type="checkbox"/> 6. 月に1日未満 <input type="checkbox"/> 7. やめた <input type="checkbox"/> 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） ・ワイン（同14度 約180ml） ・缶チューハイ（同5度 約500ml） ・焼酎（同25度 約110ml） ・ウイスキー（同43度 60ml） ・缶チューハイ（同7度 約350ml）	<input type="checkbox"/> 1. 1合未満 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 1～2合未満 <input type="checkbox"/> 3. 2～3合未満 <input type="checkbox"/> 4. 3～5合未満 <input type="checkbox"/> 5. 5合以上
20	睡眠で休養が十分とれている	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
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	<input type="checkbox"/> 1. 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 2. 6か月以内に改善する <input type="checkbox"/> 3. 1か月以内に改善する <input type="checkbox"/> 4. 取り組んで6か月未満 <input checked="" type="checkbox"/> 5. 取り組んで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	<input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
	・心臓ペースメーカー・植込み型除細動器（ICD）を装着していますか	<input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
	・インスリンポンプ・持続グルコース測定器を装着していますか	<input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
★【女性の方への質問です】		
	・生理中である	<input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
	・妊娠中である、または妊娠の可能性がある	<input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ

既往治療なし
(該当なし)

病歴がある方、治療中の方は、該当箇所にし点を記入してください。
定期的に（年に1回以上）医療機関を受診されている疾患は、「治療中」にし点を記入してください。

記入例
し

担当サソ

病名	既往歴	治療中	病名	既往歴	治療中	病名	既往歴	治療中
1 脳腫瘍			32 食道がん			63 脂質異常症		✓
2 脳梗塞			33 胃がん			64 糖尿病		
3 くも膜下出血			34 大腸ポリープ			65 高尿酸血症		
4 脳出血			35 痔			66 貧血		
5 一過性脳虚血発作			36 潰瘍性大腸炎			67 髄膜炎		
6 緑内障			37 大腸がん			68 血液疾患		
7 白内障			38 胆石症			69 白血病		
8 糖尿病性網膜症			39 胆のうポリープ			70 悪性リンパ腫		
9 網膜剥離			40 胆のう炎			71 こう原病		
10 眼底出血			41 胆のう、胆管がん			72 難聴		
11 甲状腺疾患			42 脂肪肝			73 中耳炎		
12 甲状腺がん			43 肝機能障害			74 副鼻腔炎		
13 胸膜炎			44 肝のう胞			75 アトピー性皮膚炎		
14 肺線維症			45 肝血管腫			76 帯状疱疹		
15 肺気腫			46 B型肝炎			77 関節リウマチ		
16 気管支ぜんそく			47 C型肝炎			78 椎間板ヘルニア		
17 気管支炎			48 肝硬変			79 腰痛症		
18 気管支拡張症			49 肝臓がん			80 骨粗しょう症		
19 気胸			50 脾炎			81 精神疾患		
20 肺結核			51 脾のう胞			82 皮膚がん		
21 肺がん			52 脾臓がん			83 更年期障害		
22 高血圧		✓	53 腎のう胞			84 乳がん		
23 狭心症			54 腎炎			85 乳腺症		
24 心筋梗塞			55 ネフローゼ			86 卵巣のう腫（腫瘍）		
25 心臓弁膜症			56 腎結石			87 子宮内膜症		
26 不整脈			57 尿路結石			88 子宮筋腫		
27 心血管疾患			58 腎臓がん			89 子宮細胞診異常		
28 逆流性食道炎			59 虫垂炎		✓	90 子宮がん		
29 胃潰瘍			60 前立腺肥大			91 卵巣がん		
30 胃ポリープ			61 前立腺がん			92 その他の疾患		
31 十二指腸潰瘍			62 膀胱がん			()		

メモ

聴力検査不要（その他）

