

# 健康診断書 様式

\*下記二重線枠内を漏れなく記入して下さい。  
 \*また、右側は受診医療機関に記入してもらって下さい。

		記載日	20 年 月 日			
名 前		生年月日	年 月 日			
問 診						
既 往 歴	過去に指摘されたことのある疾患、過去の治療を受けたことのある疾患、現在治療中の疾患、(経過観察中を含む) すべて記入してください。					
	・	才 病名：		転帰：	1. 2. 3. 4. 5	
	・	才 病名：		転帰：	1. 2. 3. 4. 5	
	・	才 病名：		転帰：	1. 2. 3. 4. 5	
	・	才 病名：		転帰：	1. 2. 3. 4. 5	
	・	才 病名：		転帰：	1. 2. 3. 4. 5	
		1：治癒	2：放置	3：治療中	4：経過観察中	5：中断
常用薬	無・有 薬品名：					
自覚症状	無・有 内容：					
日 常 生 活 習 慣						
睡眠	平均 時間 (就寝 時 分～起床 時 分)					
食事	食事回数： 回/日 規則的 ・ 不規則 主に作る人： 本人 ・ 家族 ・ 外食中心					
お酒	飲まない ・ 時々 ( 回/週、 合) ・ 毎日 1～2 合 ・ 毎日 3 合以上					
タバコ	吸わない ・ 吸う ( 本/日) ・ やめた ( 年前)					
コーヒー	飲まない ・ 飲む ( 杯/日) 砂糖 有・無 クリーム又はミルク 有・無					
運動	しない ・ する (1～2 回/週、3～4 回/週、5 回以上/週)					

## (医 療 機 関 記 入 欄)

健康診断実施日 20 年 月 日										
<b>診 察 所 見</b>	<b>血 液 一 般</b>	<b>尿 検 査</b>								
胸部：心雑音 肺雑音	白血球数 _____/mm <sup>3</sup> 赤血球数 _____万/mm <sup>3</sup> ヘモグロビン _____g/dℓ ヘマトクリット _____% 血小板 _____万/mm <sup>3</sup>	蛋白 ( ) 糖 ( ) 潜血 ( )								
腹部：  その他										
<b>理 学 的 所 見</b>	<b>生 化 学</b>									
身長： _____ cm 体重： _____ kg BMI： _____ 腹囲： _____ cm 視力： 右 ( ) 左 ( ) 聴力 <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">右 (db)</td> <td style="text-align: center;">左 (db)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1000Hz</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4000Hz</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table> 血圧： _____ / _____ mmHg  胸部 X 線所見 心形態：  肺野：  CTR：		右 (db)	左 (db)	1000Hz			4000Hz			肝機能 総蛋白 _____g/dℓ アルブミン _____g/dℓ T-Bil _____mg/dℓ GOT _____IU/ℓ GPT _____IU/ℓ γ-GTP _____IU/ℓ ALP _____IU/ℓ  腎機能 クレアチニン _____mg/dℓ  痛風 尿酸 _____mg/dℓ  脂質 HDL コレステロール _____mg/dℓ LDL コレステロール _____mg/dℓ 中性脂肪 _____mg/dℓ  糖尿病 空腹時血糖 _____mg/dℓ HbA1c _____%
	右 (db)	左 (db)								
1000Hz										
4000Hz										
	上部消化管 (X線・内視鏡)	前立腺腫瘍マーカー (男性のみ)								
	所見 _____ _____ _____	PSA _____ng/ml  便潜血検査 (2 回法) ( 1 回目 ) ( 2 回目 )								
<b>安静時心電図</b>		<b>受 診 医 療 機 関 名</b>								
所見 _____ _____ _____										

(お願い:受診医療機関の検査基準値表も添付の上、提出して下さい。)