

受診券番号									
フリガナ					性別	男・女	生年月日		
氏名							昭和 年 月 日		

1. 主な既往歴について伺います。  
 これまで治療したことのある病気、または現在治療中の病気について、「はい」か「いいえ」を○で囲んでください。

脳血管	脳卒中	はい	いいえ	心疾患	狭心症	はい	いいえ
	脳出血(脳卒中)	はい	いいえ		心筋梗塞	はい	いいえ
	脳梗塞(脳卒中)	はい	いいえ		心不全	はい	いいえ
	その他の脳血管疾患	はい	いいえ		虚血性心疾患	はい	いいえ
腎不全	慢性腎臓病・腎不全	はい	いいえ		その他の心疾患	はい	いいえ
人工透析	人工透析など	はい	いいえ		貧血	はい	いいえ

2. その他の既往歴について伺います。  
 上記以外に、これまで治療したことのある病気、または現在治療中の病気がありましたら、病名右の空欄に○を記入してください。

01	高血圧		05	高尿酸血症		09	胃・十二指腸潰瘍	
02	低血圧		06	腎不全以外の腎疾患		10	うつ	
03	不整脈		07	糖尿病		11	骨粗鬆症	
04	高脂質血症		08	肝臓病				

3. 自覚症状について伺います。  
 次の症状について、自覚症状がある場合は「はい」を、特にない場合は「いいえ」を○で囲んでください。

01	胸の圧迫感	はい	いいえ	08	めまい・立ちくらみ	はい	いいえ
02	心臓の鼓動が激しい	はい	いいえ	09	いつも調子が悪い	はい	いいえ
03	動悸がする	はい	いいえ	10	おなかが張っている	はい	いいえ
04	息切れがする	はい	いいえ	11	下痢	はい	いいえ
05	不眠	はい	いいえ	12	便秘	はい	いいえ
06	肩こり・腰痛	はい	いいえ	13	下痢と便秘の両方	はい	いいえ
07	手足のしびれ感	はい	いいえ	14	痔の傾向がある	はい	いいえ

4. 服薬の状況について伺います。  
 現在、次の薬を使っている場合は「はい」を、使っていない場合は「いいえ」を○で囲んでください。  
 また、使っているお薬の名前がわかれば記入してください。

	薬を使っている	薬の名前	
血圧を下げる薬	はい	いいえ	
血糖を下げる薬又はインスリン注射	はい	いいえ	
コレステロールや中性脂肪を下げる薬	はい	いいえ	

5. 喫煙歴について伺います。  
 現在、習慣的にたばこを吸っていますか。  
 ※「習慣的」とは、これまで100本以上、または6ヶ月以上吸っていて、最近1ヶ月以上も吸っている場合をいいます。

はい	いいえ
----	-----

6. 食後経過時間について伺います。  
 最後に食事を摂ってから、どのくらいの時間が経過していますか。  
 対象となる経過時間に○を記入してください。

1	10時間以上	
2	10時間未満	×
3	3.5~10時間未満	
4	3.5時間未満	

<b>医師の記入欄</b> 診察 他覚症状 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	[他覚症状所見] 01: 眼瞼結膜蒼白(+) 02: 浮腫: 眼瞼(+) 03: 肝臓肥大(+) 04: 浮腫: 下腿(+) 05: 心音不純 06: 不整脈あり	今回詳細な健診を実施する場合の理由と対象者区分	
		理由	貧血
		<input type="checkbox"/> 3: 既往 <input type="checkbox"/> 4: 視診等	<input type="checkbox"/> 5: 基準該当 <input type="checkbox"/> 6: 不整脈
		眼底 <input type="checkbox"/> 5: 基準該当	血清クレアチニン <input type="checkbox"/> 5: 基準該当
		対象者区分	心電図 <input type="checkbox"/> 1: 検査結果 <input type="checkbox"/> 2: 不整脈疑い
		眼底 <input type="checkbox"/> 1: 検査結果	血清クレアチニン <input type="checkbox"/> 1: 検査結果
医師の署名 _____			