

健康診断書

氏名			生年月日	年	月	日	男・女		
住所	〒								
身長			cm		血液一般				
体重			kg						
腹囲測定	cm	BMI							
視力	右			(.)		白血球数			
	左			(.)		赤血球数			
聴力	右	1000Hz・30dB	所見あり・なし		ヘモグロビン		ヘマトクリット		
		4000Hz・25dB	所見あり・なし		AST				
	左	1000Hz・30dB	所見あり・なし		ALT		-GTP		
		4000Hz・25dB	所見あり・なし		LDL-コレステロール				
脂質検査			中性脂肪		HDL-コレステロール				
					血糖検査				
血圧			mmHg		HbA1C				
胸部X線	直接・間接 撮影年月日 年 月 日 フィルム番号 No. 所見		便ヘモグロビン検査 <1回目>		便ヘモグロビン検査 <2回目>				
					尿検査		糖		- ± + 2+
							蛋白		- ± + 2+
							ウロビリノーゲン		- ± + 2+
潜血		- ± + 2+							
胃部X線	所見		その他						
心電図	所見								
総合所見									

上記のとおり診断いたします。

平成 年 月 日

住所 _____

医療機関名称 _____

TEL _____

医師氏名 _____ 印

下記のアンケートは、厚生労働省令により、あなたの日常生活や健康状態を調査するために必要な事項です。よくお読みになり○印を付け、必要事項をご記入下さい。

1	現在血圧を下げる薬を服用中である お薬の名称()	1:はい	2:いいえ
2	現在インスリン注射又は血糖を下げる薬を服用中である お薬の名称()	1:はい	2:いいえ
3	現在脂質異常症(コレステロールを下げる)の薬を服用中である お薬の名称()	1:はい	2:いいえ
4	脳血管系(脳出血、脳梗塞等)の既往歴がある	1:はい	2:いいえ
5	心血管系(狭心症、心筋梗塞等)の既往歴がある	1:はい	2:いいえ
6	腎不全・人工透析の既往歴がある	1:はい	2:いいえ
7	貧血と言われたことがある。または既往歴がある	1:はい	2:いいえ
8	喫煙をする。(現在吸っていて6か月以上続いている)	1:はい	2:いいえ
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している	1:はい	2:いいえ
10	1日30分以上の軽く汗をかく運動を、週2日以上で 1年以上続けて実施している	1:はい	2:いいえ
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間 以上実施している	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	1:はい	2:いいえ
13	この1年間で体重の増減が±3kg以上あった	1:はい	2:いいえ
14	人と比較して食べる速度が速い	1:早い 3:遅い	2:普通
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週3回以上ある	1:はい	2:いいえ
16	夕食後に間食(3食以外の夜食)をとることが週3回以上ある	1:はい	2:いいえ
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある	1:はい	2:いいえ
18	お酒を飲む頻度	1:毎日 3:ほとんど飲まない(飲めない)	2:時々
19	飲酒日の1日あたりの飲酒量 (1合の目安:ビール500ml・ワイン2杯・焼酎35度80ml・ウイスキー60ml)	1:1合未満 3:3合未満	2:2合未満 4:3合以上
20	睡眠で休養が充分とれている	1:はい	2:いいえ
21	運動や食生活などの生活習慣を改善してみようと思いませんか	1:意志なし 2:意志あり(6か月以内には) 3:近いうちに(1か月以内には) 4:取り組み済み(開始から6か月未満) 5:取り組み済み(開始から6か月以上)	
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	1:はい	2:いいえ