

ID 名前 職業
 ・身長 cm、 体重 Kg 、 腹囲 cm

●これまで指摘された病気、かかったことのある病気にチェックしてください。

- なし 糖尿病 高血圧 脂質異常(高LDL・高中性脂肪・低HDL) 気管支ぜんそく
腎臓病(腎不全・人工透析) 肝臓疾患(肝硬変・肝炎・脂肪肝) 緑内障 難聴
甲状腺疾患(甲状腺機能低下症、甲状腺機能亢進症)
心臓疾患(狭心症、不整脈、弁膜症など)→具体的に:(_____)
脳血管障害(脳梗塞・脳出血など)→具体的に:(_____)
手術歴→具体的に:(_____)
その他の病気→具体的に:(_____)

●これまでに下記の検査を受けたことがありますか？ 検査日・結果がわかりましたら記入を。

- なし 心臓超音波(エコー)検査 運動負荷検査 ホルター24時間心電図
心臓カテーテル検査 冠動脈(心臓)CT検査 造影剤を使用した検査

検査日・結果

●現在通院中の医療機関はありますか？

なし あり → おくすり手帳をご提出ください。

病院名診療科(_____)、治療中の病名(_____)

病院名診療科(_____)、治療中の病名(_____)

●下記の質問にお答えください。

意識を失ったことはありますか？

なし あり→具体的な状況(_____)

アレルギーはありますか？

なし あり→(_____)

血縁関係のある方で心臓病(狭心症・心筋梗塞・心筋症など)、脳血管障害(脳梗塞・脳出血など)、動脈疾患(大動脈瘤・大動脈解離など)のある方、あるいは突然死された方はいますか？

なし あり →どなたが何という病気(_____)

血縁関係のある方で糖尿病、高血圧、脂質異常のある方はいますか？

なし あり →どなたが何という病気(_____)

喫煙習慣はありますか？

煙草を吸ったことは一度もない

今も吸っている →(1日 _____ 本、 _____ 歳から現在まで _____ 年間)

過去に吸っていた →(1日 _____ 本、 _____ 歳から _____ 歳まで _____ 年間)

受動喫煙の環境はありますか？(配偶者喫煙、パチンコ店へ行くなど)

なし あり →(_____)

アルコールの習慣的摂取はありますか？

なし あり →週に _____ 日(ビール、日本酒、焼酎、ワイン、ウイスキー)を _____ ml

●健診で指摘された事柄について自覚症状はありますか？

なし

あり→具体的に：

●以前の健診などで同じような指摘を受けたことはありますか？

なし

あり→具体的に（いつ頃、どのような指摘）：

●指摘された事柄について精査を受けたことはありますか？

なし

あり →具体的に（検査を受けた時期、検査内容、その結果など）：

◎クリニック記入欄◎

健診結果返信	要	・	不要
封筒	有	・	無