

住民健康診断受診票

受付番号

- ◆健診結果は、保健指導等の健康増進を目的として保健センターでも管理させていただき、結果により、職員が訪問等させていただく場合があります。
- ◆満40歳以上の人は、太わく内のみ記入してください。
39歳以下の人は、すべて記入してください。
- ◆受診票が不足の場合は、当日の会場にも用意してあります。

〒475-□□□□	住所	半田市	町	丁目	番地	電話番号	—
<input type="checkbox"/> 一戸建 ・ <input type="checkbox"/> アパートなど (名称)							
フリガナ	氏名	生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日	性別
				(満)		(歳)	1.男 2.女
職業	1.無職	2.自営	3.パート	4.常勤	身長	cm	体重 kg

◆受診する人は、該当する項目に○印で記入してください。

1) 最近気になる症状があればご記入ください。

<input type="checkbox"/> 特になし 1	<input type="checkbox"/> 食欲がない 8	<input type="checkbox"/> 体重が2~3か月で5kg以上減った 201
<input type="checkbox"/> 腹痛 210	<input type="checkbox"/> 空腹時 211	<input type="checkbox"/> 食後 212
<input type="checkbox"/> はき気がする 18	<input type="checkbox"/> 胃不快感 (胸やけ、もたれ、げっぷなど) 251	<input type="checkbox"/> 血便がある 15
<input type="checkbox"/> せきが増えてきた 127	<input type="checkbox"/> たんが増えてきた 128	<input type="checkbox"/> 血たんがでた 23
<input type="checkbox"/> 脈が乱れる 21	<input type="checkbox"/> 胸がしめつけられる 254	<input type="checkbox"/> 眠れない 131
<input type="checkbox"/> □が渴く 134	<input type="checkbox"/> めまいがする 2	<input type="checkbox"/> 耳なりがする 34
<input type="checkbox"/> 不正出血がある 5	<input type="checkbox"/> 乳房にしこりがある 16	<input type="checkbox"/> その他 22

部位 (みぞおち 221 右肋骨下 222 へその回り 223 その他)

便秘・下痢をくり返す 172

息切れがする 130

手足がむくむ 133

難聴感がある 173

腰が痛い 9

2) タバコについて 吸わない やめた 吸っている 1日 本 通算 年

◆39歳以下の人は、下表も記入してください。

3) 酒について 一週間に 毎日 4~6日 1~3日 ほとんど飲まない 全飲まない 一日の量は 1合未満 2合未満 3合未満 3合以上 ビール大瓶1本またはウイスキーダブル1杯は日本酒1合と換算してご記入ください。

4) いままでにかかったことのある病気または現在治療中の病気を下から選んでそれぞれに○印をご記入ください。

過去 …過去にかかった病気 現在 …現在治療中

特になし 手術したことがある (輸血をされたことがある)

<input type="checkbox"/> 過去 <input type="checkbox"/> 現在 <input type="checkbox"/> がん 210	<input type="checkbox"/> 過去 <input type="checkbox"/> 現在 <input type="checkbox"/> 肺 211	<input type="checkbox"/> 過去 <input type="checkbox"/> 現在 <input type="checkbox"/> 胃 212	<input type="checkbox"/> 過去 <input type="checkbox"/> 現在 <input type="checkbox"/> 肝・胆 213	<input type="checkbox"/> 過去 <input type="checkbox"/> 現在 <input type="checkbox"/> 大腸 214	<input type="checkbox"/> 過去 <input type="checkbox"/> 現在 <input type="checkbox"/> 直腸 215	<input type="checkbox"/> 過去 <input type="checkbox"/> 現在 <input type="checkbox"/> 前立腺 216	<input type="checkbox"/> 過去 <input type="checkbox"/> 現在 <input type="checkbox"/> 乳 217	<input type="checkbox"/> 過去 <input type="checkbox"/> 現在 <input type="checkbox"/> 子宮 218	<input type="checkbox"/> 過去 <input type="checkbox"/> 現在 <input type="checkbox"/> 卵巣 219	<input type="checkbox"/> 過去 <input type="checkbox"/> 現在 <input type="checkbox"/> その他 220	
<input type="checkbox"/> 過去 <input type="checkbox"/> 現在 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 231	<input type="checkbox"/> 過去 <input type="checkbox"/> 現在 <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍 232	<input type="checkbox"/> 過去 <input type="checkbox"/> 現在 <input type="checkbox"/> ポリープ 233	部位 <input type="checkbox"/> 食道 234 <input type="checkbox"/> 胃 235 <input type="checkbox"/> 十二指腸 236 <input type="checkbox"/> 大腸 237 <input type="checkbox"/> 胆のう 238								
<input type="checkbox"/> 過去 <input type="checkbox"/> 現在 <input type="checkbox"/> 憩室 239	<input type="checkbox"/> 過去 <input type="checkbox"/> 現在 <input type="checkbox"/> その他の潰瘍 240										
<input type="checkbox"/> 過去 <input type="checkbox"/> 現在 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 251	<input type="checkbox"/> 過去 <input type="checkbox"/> 現在 <input type="checkbox"/> 狭心症 252	<input type="checkbox"/> 過去 <input type="checkbox"/> 現在 <input type="checkbox"/> その他の心臓病 253									
<input type="checkbox"/> 過去 <input type="checkbox"/> 現在 <input type="checkbox"/> 高血圧 2	<input type="checkbox"/> 過去 <input type="checkbox"/> 現在 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 253	<input type="checkbox"/> 過去 <input type="checkbox"/> 現在 <input type="checkbox"/> 脳出血 81	<input type="checkbox"/> 過去 <input type="checkbox"/> 現在 <input type="checkbox"/> 高脂血症 35	<input type="checkbox"/> 過去 <input type="checkbox"/> 現在 <input type="checkbox"/> 結核 14	<input type="checkbox"/> 過去 <input type="checkbox"/> 現在 <input type="checkbox"/> 胸膜炎(肋膜炎) 254						
<input type="checkbox"/> 過去 <input type="checkbox"/> 現在 <input type="checkbox"/> 糖尿病 3	<input type="checkbox"/> 過去 <input type="checkbox"/> 現在 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症(痛風) 255	<input type="checkbox"/> 過去 <input type="checkbox"/> 現在 <input type="checkbox"/> 肝臓病 256	<input type="checkbox"/> 過去 <input type="checkbox"/> 現在 <input type="checkbox"/> 胆石 27	<input type="checkbox"/> 過去 <input type="checkbox"/> 現在 <input type="checkbox"/> 腎臓病 8	<input type="checkbox"/> 過去 <input type="checkbox"/> 現在 <input type="checkbox"/> 腎尿路結石 257						
<input type="checkbox"/> 過去 <input type="checkbox"/> 現在 <input type="checkbox"/> 貧血 5	<input type="checkbox"/> 過去 <input type="checkbox"/> 現在 <input type="checkbox"/> 痔 41	<input type="checkbox"/> 過去 <input type="checkbox"/> 現在 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 38	<input type="checkbox"/> 過去 <input type="checkbox"/> 現在 <input type="checkbox"/> 歯周炎 258	<input type="checkbox"/> 過去 <input type="checkbox"/> 現在 <input type="checkbox"/> 白内障 259	<input type="checkbox"/> 過去 <input type="checkbox"/> 現在 <input type="checkbox"/> 緑内障(高眼圧) 260						
<input type="checkbox"/> 過去 <input type="checkbox"/> 現在 <input type="checkbox"/> 中耳炎 52	<input type="checkbox"/> 過去 <input type="checkbox"/> 現在 <input type="checkbox"/> 突発性難聴 261	<input type="checkbox"/> 過去 <input type="checkbox"/> 現在 <input type="checkbox"/> 婦人科疾患 9	<input type="checkbox"/> 過去 <input type="checkbox"/> 現在 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 262	<input type="checkbox"/> 過去 <input type="checkbox"/> 現在 <input type="checkbox"/> その他 20							

5) 食事または間食後何時間たっていますか 1時間 2時間 3時間 6時間 12時間 それ以上

6) 採血時の問診 採血時に気分が悪くなったことがありますか はい いいえ 採血時に消毒でかぶれたことがありますか はい いいえ