

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、太枠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。

◆受診票は健診実施期間中各会場に用意してありますので不足の場合はご利用ください。

当日体温: 度 分

〒475- □□□□	住所	半田市	町	丁目	番地	電話番号	—
フリガナ						生年月日	大正 昭和 平成
氏名						年 月 日	性別
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"/> 吐き気がする 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"/> 便が細くなった 252
<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"/> 息切れがする 130
<input type="checkbox"/> 口が渇く 134	<input type="checkbox"/> めまいがする 2	<input type="checkbox"/> 血たんがでた 23
<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"/> 眠れない 131
		<input type="checkbox"/> 耳なりがする 34
		<input type="checkbox"/> 難聴感がある 173
		<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)

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

4) 今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

過去 現在 がん (肺 胃 肝・胆 大腸 直腸 前立腺 乳 子宮 卵巣 その他)

過去 現在 胃潰瘍 十二指腸潰瘍 ポリープ (部位 食道 胃 十二指腸 大腸 胆のう)

過去 現在 憩室 その他の潰瘍 ()

過去 現在 心筋梗塞 狭心症 その他の心臓病 ()

過去 現在 高血圧 脳梗塞 脳出血 高脂血症 結核 胸膜炎(肋膜炎)

過去 現在 糖尿病 膵臓病(膵炎) 肝臓病 胆石 腎臓病 腎尿路結石

過去 現在 貧血 痔 甲状腺疾患 甲周炎 白内障 線内痔(痔瘻)

過去 現在 中耳炎 突発性難聴 婦人科疾患 前立腺肥大 その他 ()

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