

# 一般健診問診票

実施日 年 月 日

横浜市健康診査

特定健診・横浜市健康診査と保険診療は同日には出来ません

特定健診（国保・社保）

カルテNo.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------|--|
| フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | [性別] 男 ・ 女                                     |  |
| 氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | [生年月日] M・T・S・H 年 月 日                           |  |
| 住所 〒                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | [年齢] 歳                                         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | [TEL]                                          |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | [TEL(携帯)]                                      |  |
| 1. 10時間以上絶食してますか（はい・いいえ）                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | 女性の方のみ 妊娠の可能性はありますか？（いいえ・はい）                   |  |
| 2. 自覚症状はありますか？                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                |  |
| 3. 病気や手術をされたことはありますか？（はい・いいえ）<br>〈病名〉 〈いつ頃から〉                                                                                                                                                                                                                                                             |  | 既往歴は診断書に反映されます<br>〈完治・治療中〉                     |  |
| 4. たばこは吸いますか？（はい・いいえ・過去に吸っていた）<br>1日に 本 年間（ 歳～ 歳まで）                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 5. 服薬（なし・あり→具体的に）                              |  |
| 6. アルコールは飲みますか？（はい・いいえ）<br>ビール /日、焼酎 /日、ウイスキー /日<br>日本酒 /日、ワイン /日、その他 /日                                                                                                                                                                                                                                  |  | 7. アレルギーはお持ちですか？（はい・いいえ）<br>食物：<br>お薬：<br>その他： |  |
| 8. 血縁関係のある方にご病気があればお書き下さい（お亡くなりの方は病名・原因などもお書き下さい）                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                |  |
| 9. ご職業についてお書き下さい（退職された方は以前の職業・業種）                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                |  |
| 10. 当院を何でお知りになりましたか？よろしければ教えて下さい（複数選択可）<br><input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 他院からの紹介 <input type="checkbox"/> 知人からの紹介 <input type="checkbox"/> 駅看板<br><input type="checkbox"/> 電柱・消火栓広告 <input type="checkbox"/> 雑誌広告 <input type="checkbox"/> バス広告 <input type="checkbox"/> 通りがかり |  |                                                |  |

上の太枠内をご記入ください。これより下の欄には記入しないでください。

|                                                                                                                                  |     |  |                                                    |                                                                                                     |         |              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------|
| 身体計測                                                                                                                             | 身長  |  | 検尿                                                 |                                                                                                     | 胸部XP    |              |
|                                                                                                                                  | 体重  |  | 血算                                                 |                                                                                                     | 心電図     |              |
|                                                                                                                                  | BMI |  | 生化学《通常パターンor追加、削除》                                 |                                                                                                     | 《横浜市健診》 |              |
|                                                                                                                                  | 腹囲  |  | 総コレステロール                                           |                                                                                                     |         |              |
| 血圧 / (P) / (P)<br>視力 右 ( )<br>(矯正、眼鏡・コンタクト) 左 ( )<br>聴力 右 1000 所見なし 所見あり<br>4000 所見なし 所見あり<br>左 1000 所見なし 所見あり<br>4000 所見なし 所見あり |     |  | HDLコレステロール<br>LDLコレステロール<br>中性脂肪<br>血清クレアチニン<br>尿酸 | (横浜市) 国保特定健診<br>横浜市健康診査<br>社保特定健診<br>(横浜市) 肺がん検診<br>(横浜市) 前立腺がん検診<br>(横浜市) 大腸がん検診<br>(横浜市) 肝炎ウイルス検査 |         |              |
| 診 察                                                                                                                              |     |  | 血糖 追加・削除→<br>血糖<br>HbA1c                           | 雇入時健診(11000) 郵送・来院<br>定期健診省略(5500)                                                                  |         |              |
|                                                                                                                                  |     |  |                                                    |                                                                                                     |         | 《用紙》 あり ・ なし |