

健康診断書 様式

* 下記二重線枠内を漏れなく記入して下さい。

* また、右側は受診医療機関に記入してもらって下さい。

	記載日	20 年 月 日
名前	生年月日	年 月 日
問 診		
既往歴	過去に指摘されたことのある疾患、過去の治療を受けたことのある疾患、現在治療中の疾患、(経過観察中を含む)すべて記入してください。	
	才 病名 :	転帰 : 1. 2. 3. 4. 5
	才 病名 :	転帰 : 1. 2. 3. 4. 5
	才 病名 :	転帰 : 1. 2. 3. 4. 5
	才 病名 :	転帰 : 1. 2. 3. 4. 5
	才 病名 :	転帰 : 1. 2. 3. 4. 5
	才 病名 :	転帰 : 1. 2. 3. 4. 5
	1 : 治癒 2 : 放置 3 : 治療中 4 : 経過観察中 5 : 中断	
常用薬	無・有 (薬品名: _____)	
自覚症状	無・有 (内容: _____)	
日 常 生 活 習 慣		
睡眠	平均 時間 (就寝 時 分 ~ 起床 時 分)	
食事	食事回数: _____ 回/日 規則的 ・ 不規則 主に作る人: 本人 ・ 家族 ・ 外食中心	
お酒	飲まない ・ 時々 (_____ 回/週、 _____ 合) ・ 毎日 1~2 合 ・ 毎日 3 合以上	
タバコ	吸わない ・ 吸う (_____ 本/日) ・ やめた (_____ 年前)	
コーヒー	飲まない ・ 飲む (_____ 杯/日) 砂糖 有・無 クリーム又はミルク 有・無	
運動	しない ・ する (1~2 回/週、3~4 回/週、5 回以上/週)	

(医療機関記入欄)

健康診断実施日 200 年 月 日		
診 察 所 見	血 液 一 般	尿 検 査
胸部: 心雑音 肺雑音	白血球数 _____ /mm ³ 赤血球数 _____ 万/mm ³ ヘモグロビン _____ g/dℓ	蛋白 () 糖 () 潜血 ()
腹部:	ヘマトクリット _____ % 血小板 _____ 万/mm ³	
その他		
理 学 的 所 見	生 化 学	
身長: _____ cm 体重: _____ kg BMI: _____ 腹囲: _____ cm 視力: 右 () 左 () 聴力 _____ 右 (db) 左 (db) 1000Hz _____ _____ 4000Hz _____ _____ 聴力 _____ 右 (db) 左 (db) 1000Hz _____ _____ 4000Hz _____ _____ 聴力 _____ 右 (db) 左 (db) 1000Hz _____ _____ 4000Hz _____ _____	肝機能 総蛋白 _____ g/dℓ アルブミン _____ g/dℓ T-Bil _____ mg/dℓ GOT _____ IU/ℓ GPT _____ IU/ℓ γ-GTP _____ IU/ℓ ALP _____ IU/ℓ 腎機能 クレアチニン _____ mg/dℓ 痛風 尿酸 _____ mg/dℓ 脂質 HDL コレステロール _____ mg/dℓ LDL コレステロール _____ mg/dℓ 中性脂肪 _____ mg/dℓ	
聴力 _____ 右 (db) 左 (db) 1000Hz _____ _____ 4000Hz _____ _____	糖尿病 空腹時血糖 _____ mg/dℓ HbA1c _____ %	前立腺腫瘍マーカー (男性のみ) PSA _____ ng/ml
聴力 _____ 右 (db) 左 (db) 1000Hz _____ _____ 4000Hz _____ _____	胸部 X 線所見 心形態: 肺野: CTR: _____	便潜血検査 (2 回法) [1 回目] [2 回目]
聴力 _____ 右 (db) 左 (db) 1000Hz _____ _____ 4000Hz _____ _____	上部消化管 (X 線・内視鏡) 所見 _____ _____ _____	
聴力 _____ 右 (db) 左 (db) 1000Hz _____ _____ 4000Hz _____ _____	安静時心電図	受 診 医 療 機 関 名
聴力 _____ 右 (db) 左 (db) 1000Hz _____ _____ 4000Hz _____ _____	所見 _____ _____ _____	

(お願い: 受診医療機関の検査基準値表も添付の上、提出して下さい。)