

健康診断個人票

受診日 年 月 日

フリガナ		性 別	事業所名	
氏 名		男・女		
生年月日	昭・平 年 月 日	年度末 年 齢	健 康 保 険 被保険者証	保険者番号 記号 番号

※太枠内の記入及び確認をお願いします。

健 診 項 目																	
1. 既往歴について 現在治療中の病気または過去の病気についてお答えください。 該当項目に ☒ を記入して下さい。 完 治：医師から完治したといわれたもの 治 療 中：現在内服薬の処方を受けているもの 経過観察：定期受診しているが内服薬の処方がないもの ※ 結果判定の参考にさせていただきます。 ※ 「その他の病気」は結果票の既往歴に記載されない場合もあります。 特になし ☐										採血No.							
										食事 時間		食前・食後		h			
										自覚							
										内科 診察							
										身長		cm					
										体重		kg					
										腹囲		cm					
										視力		右	()				
												左	()				
										聴力		Hz	右	左			
												1000	無・有	無・有			
												4000	無・有	無・有			
										尿		蛋白	－ ± ＋ ()				
												糖	－ ± ＋ ()				
												潜血	－ ± ＋ ()				
												ウロ	± ＋ ++ ()				
										血圧		/ /					
										胸部							
										心電図							
										胃部							
										大腸		2日・1日・未実施					

2. たばこを習慣的に吸いますか
☐ 吸う ☐ 吸わない

3. 健診医師への質問や相談したいこと

 公益財団法人 山梨厚生会
山梨厚生病院
YAMANASHI KOSEI HOSPITAL

この健康診断における個人情報、健康管理等の目的で事業主及び、健診機関にて使用いたします。また一部医療保険者に通知する事があります。