

一般健診問診票
 特定健診（国保・社保）
 横浜市健康診査

実施日 年 月 日

カルテNo.

フリガナ 氏名 住所 〒	[性別] 男・女 [生年月日] M・T・S・H 年 月 日 [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） 〈病名〉 〈いつ頃から〉 〈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） 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） ビール /日、焼酎 /日、ウイスキー /日 日本酒 /日、ワイン /日、その他 /日 週に 日	7. アレルギーはお持ちですか？（はい・いいえ） 食物： お薬： その他：
8. ご家族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）	
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ください（複数選択可） <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 <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》			
	腹囲		総コレステロール		《横浜市健診》	
血圧	/ (P) / (P)		HDLコレステロール		(横浜市)国保特定健診	
視力 (矯正)	右 () 左 ()		LDLコレステロール		横浜市健康診査	
聴力	右	1000 所見なし 所見あり 4000 所見なし 所見あり	中性脂肪		社保特定健診	
	左	1000 所見なし 所見あり 4000 所見なし 所見あり	血清クレアチニン		(横浜市)肺がん検診	
診察			尿酸		(横浜市)前立腺がん検診	
			血糖 追加・削除→	血糖	(横浜市)大腸がん検診	
			HbA1c		(横浜市)肝炎ウイルス検査	
				雇入時健診(9700)		
				定期健診省略(5100)		
《用紙》あり・なし						