

受診票

ID.

受診日: / /

事業所名			
所属			
カナ			
氏名			
性別	男・女	健康保険証番号	
生年月日	T・S・H	年 月 日	年齢 歳

受診番号

コース名 A B 協成 深A 深B 東A1 東B

HbA1c

前回	年 月 日							
検査項目		結果						
身長		<input type="text"/> cm	体重		<input type="text"/> kg			
腹囲		<input type="text"/> cm						
血圧	①	/	①	<input type="text"/> / <input type="text"/>				
	②	/	②	<input type="text"/> / <input type="text"/>				
視力	右	()	裸眼	<input type="text"/>	矯正	<input type="text"/>	コンタクト <input type="checkbox"/>	
	左	()	裸眼	<input type="text"/>	矯正	<input type="text"/>	コンタクト <input type="checkbox"/>	
聴力	右	1000Hz	<input type="checkbox"/>	1. 無	<input type="checkbox"/>	2. 有	補聴器	
		4000Hz	<input type="checkbox"/>	1. 無	<input type="checkbox"/>	2. 有		
	左	1000Hz	<input type="checkbox"/>	1. 無	<input type="checkbox"/>	2. 有		
		4000Hz	<input type="checkbox"/>	1. 無	<input type="checkbox"/>	2. 有		
		会話法	<input type="checkbox"/>	1. 無	<input type="checkbox"/>	2. 有		
尿	欠 <input type="checkbox"/>	糖	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	補聴器
		蛋白	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		加糖	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		潜血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
生理中	<input type="checkbox"/>							
便	欠 <input type="checkbox"/>	1日目	採血		欠 <input type="checkbox"/>	1. あり	<input type="checkbox"/> 1. 朝食抜き <input type="checkbox"/> 2. 昼食抜き <input type="checkbox"/> 3. 飲食後 <input type="text"/> 分	
2日目								

心電図	欠 <input type="checkbox"/>	判定 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	No.
胸部X線	欠 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1画 <input type="checkbox"/> 2画 <input type="checkbox"/> 3画	判定 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	No.
胃部X線	欠 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1画 <input type="checkbox"/> 2画 <input type="checkbox"/> 3画	判定 ① <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	② <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	No.
			③ <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	指示事項 <input type="text"/>	<input type="text"/>	

眼底	右 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	指示事項 <input type="text"/>	前回	年 月 日																																
欠 <input type="checkbox"/>	左 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																		
腹部超音波	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	指示事項 <input type="text"/>																																		
喀痰	<input type="text"/>	痰体不潔 <input type="checkbox"/>																																			
腰痛	<input type="checkbox"/> 1画 <input type="checkbox"/> 2画 <input type="checkbox"/> 3画	判定 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	No.																																	
肺機能	欠 <input type="checkbox"/>	VC <input type="text"/>	%VC <input type="text"/>	FVC <input type="text"/>																																	
		FEV1 <input type="text"/>	FEV1% <input type="text"/>																																		
色神	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> +	眼圧 <input type="checkbox"/>	右 <input type="text"/>	左 <input type="text"/>																																	
乳房触診	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																		
乳房X線	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																		
乳腺超音波	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																		
子宮細胞診	採取方法 <input type="checkbox"/> 1. 医師 <input type="checkbox"/> 2. 自己	日母分類 <input type="text"/>	痰体不潔 <input type="checkbox"/>	ヘセスダ <input type="text"/>	痰体不潔 <input type="checkbox"/>																																
<table border="0"> <tr><td rowspan="16">内科診察所見</td><td><input type="checkbox"/> 1. 呼吸音異常</td><td><input type="checkbox"/> 7. 黄疸</td><td><input type="checkbox"/> 13. 皮下腫瘍触知</td><td rowspan="5">判定</td><td><input type="checkbox"/> A. 異常なし</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 2. 心雑音</td><td><input type="checkbox"/> 8. 甲状腺腫脹</td><td><input type="checkbox"/> 14. 皮疹</td><td><input type="checkbox"/> B. 要観察</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 3. 不整脈</td><td><input type="checkbox"/> 9. リンパ節触知</td><td><input type="checkbox"/> 15. 腹部腫瘍触知</td><td><input type="checkbox"/> C. 要経過観察</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 4. 頻脈</td><td><input type="checkbox"/> 10. 下肢静脈瘤</td><td><input type="checkbox"/> 16. 高血圧</td><td><input type="checkbox"/> D. 要精検又は再検査</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 5. 徐脈</td><td><input type="checkbox"/> 11. 下腿浮腫</td><td></td><td><input type="checkbox"/> E. 要治療</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 6. 貧血</td><td><input type="checkbox"/> 12. 関節腫脹</td><td></td><td></td></tr> <tr><td colspan="4"><input type="text"/></td><td></td><td></td></tr> </table>						内科診察所見	<input type="checkbox"/> 1. 呼吸音異常	<input type="checkbox"/> 7. 黄疸	<input type="checkbox"/> 13. 皮下腫瘍触知	判定	<input type="checkbox"/> A. 異常なし	<input type="checkbox"/> 2. 心雑音	<input type="checkbox"/> 8. 甲状腺腫脹	<input type="checkbox"/> 14. 皮疹	<input type="checkbox"/> B. 要観察	<input type="checkbox"/> 3. 不整脈	<input type="checkbox"/> 9. リンパ節触知	<input type="checkbox"/> 15. 腹部腫瘍触知	<input type="checkbox"/> C. 要経過観察	<input type="checkbox"/> 4. 頻脈	<input type="checkbox"/> 10. 下肢静脈瘤	<input type="checkbox"/> 16. 高血圧	<input type="checkbox"/> D. 要精検又は再検査	<input type="checkbox"/> 5. 徐脈	<input type="checkbox"/> 11. 下腿浮腫		<input type="checkbox"/> E. 要治療	<input type="checkbox"/> 6. 貧血	<input type="checkbox"/> 12. 関節腫脹			<input type="text"/>					
内科診察所見	<input type="checkbox"/> 1. 呼吸音異常	<input type="checkbox"/> 7. 黄疸	<input type="checkbox"/> 13. 皮下腫瘍触知	判定	<input type="checkbox"/> A. 異常なし																																
	<input type="checkbox"/> 2. 心雑音	<input type="checkbox"/> 8. 甲状腺腫脹	<input type="checkbox"/> 14. 皮疹		<input type="checkbox"/> B. 要観察																																
	<input type="checkbox"/> 3. 不整脈	<input type="checkbox"/> 9. リンパ節触知	<input type="checkbox"/> 15. 腹部腫瘍触知		<input type="checkbox"/> C. 要経過観察																																
	<input type="checkbox"/> 4. 頻脈	<input type="checkbox"/> 10. 下肢静脈瘤	<input type="checkbox"/> 16. 高血圧		<input type="checkbox"/> D. 要精検又は再検査																																
	<input type="checkbox"/> 5. 徐脈	<input type="checkbox"/> 11. 下腿浮腫			<input type="checkbox"/> E. 要治療																																
	<input type="checkbox"/> 6. 貧血	<input type="checkbox"/> 12. 関節腫脹																																			
	<input type="text"/>																																				
	<table border="0"> <tr><td>医師コメント</td><td>1. 運動・食事</td></tr> <tr><td></td><td>2. 禁煙</td></tr> <tr><td></td><td>3. 減塩</td></tr> <tr><td></td><td>4. 減酒</td></tr> </table>						医師コメント	1. 運動・食事		2. 禁煙		3. 減塩		4. 減酒																							
	医師コメント	1. 運動・食事																																			
		2. 禁煙																																			
		3. 減塩																																			
		4. 減酒																																			

(注) 本受診票兼質問票は、会場での健康診断が終了しましたら必ず受付にお戻しください。