

健康診断個人票

健診日 令和 年 月 日

氏名	(男・女)		
生年月日	昭和・平成・令和	年	月 日(歳)
雇入れ年月日	昭和・平成・令和	年	月 日
業務歴			
既往歴			
自覚症状			
他覚症状			
身長	cm	・体重	kg
		・BMI	
血圧	/ mmHg		
尿検査	糖()	蛋白()	潜血()
視力検査		左	右
	裸眼		
	矯正後		
聴力検査	1000Hz	1所見あり・2所見なし	1所見あり・2所見なし
	4000Hz	1所見あり・2所見なし	1所見あり・2所見なし
胸部レントゲン	撮影年月日	令和 年 月 日	直接撮影
	異常なし・異常あり()		
心電図検査	異常なし・異常あり()		
骨密度検査	する・しない	別紙参照	
総合評価	異常なし・軽度異常・要観察・要精査・要治療・治療継続		
医師の意見			
医師名	印		

記入例

太枠の中を記入してください。

健診日 令和 年 月 日

氏名	天満 太郎			(<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女)
生年月日	昭和・ <input checked="" type="radio"/> 平成・令和	8	年	1 月 1 日
雇入れ年月日	昭和・ <input checked="" type="radio"/> 平成・令和		年	月 日
業務歴				
既往歴				
自覚症状				
他覚症状				
身長	cm	kg	BMI	・腹囲 cm
血圧				mmHg
尿検査				()
視力検査	雇入れ年月日を覚えていない方はご自身の保険証より確認いただくことができます。 (認定年月日をご記入ください)			右
聴力検査	1000Hz	1所見あり・2所見なし	1所見あり・2所見なし	
	4000HZ	1所見あり・2所見なし	1所見あり・2所見なし	
胸部レントゲン	撮影年月日	令和 年 月 日	直接撮影	
心電図検査	異常なし・異常あり()			
骨密度検査	する・しない	別紙参照		
総合評価	異常なし・軽度異常・要観察・要精査・要治療・治療継続			
医師の意見				
医師名				印

健康診断問診票

フリガナ		性別	生年月日	S・H	年	月	日(歳)
氏名		男・女	職種				
住所	【〒 - 】						
電話番号	- -						

1	A～Cの薬の使用についてお聞かせください。「はい」の方、服薬している薬の名前をお聞かせください	
	A, 血圧を下げるお薬を服用していますか。「はい・いいえ」	薬剤名()
	B, インスリン注射または血糖を下げるお薬を服用していますか。「はい・いいえ」	薬剤名()
	C, コレステロールや中性脂肪を下げるお薬を服用していますか。「はい・いいえ」	薬剤名()
2	現在、上記以外で他の薬を飲んでいますか。「はい・いいえ」 「はい」と答えられた方は、それはどのような薬を飲まれていますか。 薬剤名()	
3	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか。	はい・いいえ
4	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか。	はい・いいえ
5	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっていると言われたり、治療(人工透析など)を受けていますか。	はい・いいえ
6	医師から、貧血と言われたことがありますか。	はい・いいえ
7	上記以外の既往歴(手術歴・入院歴)がありましたらご記入ください。	
8	何か自覚症状がありましたらご記入ください。	
9	喫煙状況についてお尋ねします。当てはまるものに○をお付けください。 ①(現在たばこを吸っている・過去に吸ったことがある・一度も吸ったことがない) ② 喫煙歴 1日 本程度、 歳から 歳まで	
10	20歳の時から体重が10Kg以上増加していますか。	はい・いいえ
11	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週に2日以上、1年以上実施していますか。	はい・いいえ
12	日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか	はい・いいえ
13	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度は速いですか。	はい・いいえ

裏面もご記入ください。☞

14	食事を嚙んで食べる時の状態はどれに当てはまりますか。	<input type="checkbox"/> 何でも嚙んで食べることができる。 <input type="checkbox"/> 歯や歯ぐき、嚙み合わせなど気になる部分があり、嚙みにくいことがある。 <input type="checkbox"/> ほとんど嚙めない
15	人と比べて食べる速度は速いですか。	速い ・ 普通 ・ 遅い
16	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか。	はい ・ いいえ
17	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	はい ・ いいえ
18	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	はい ・ いいえ
19	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどれぐらいですか。	毎日 ・ 時々 飲まない(飲めない)
20	飲酒日の1日当たりの飲酒量はどのくらいですか。 【日本酒1合(180ml)の目安】 ビール(500ml)、ウイスキーダブル1杯(60ml)、焼酎25度(110ml)、 ワイン2杯	1合未満 ・ 1~2合 2~3合 ・ 3合以上
21	睡眠で休養が十分に取れていますか。	はい ・ いいえ
22	運動や食生活等の生活習慣を改善しようと思いませんか。	<input type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 改善するつもりである(概ね6か月以内) <input type="checkbox"/> 近いうちに(概ね1か月以内)に改善するつもりであり、少しずつ始めている <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6か月未満) <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6か月以上)

女性の方のみご記入ください。※以下の内容に該当する方は検査内容に変更が生じる場合がございます。	
・現在生理中ですか。	はい ・ いいえ
・現在妊娠中若しくは妊娠の可能性がありますか。	はい ・ いいえ
・現在授乳中ですか。	はい ・ いいえ

健康診断申し込み書

日付

結果

フリガナ	
氏名	

<input type="checkbox"/>	受取日	(/)
<input type="checkbox"/>	受取者氏名	()
<input type="checkbox"/>		()

- お急ぎの方や提出期限のある方はスタッフへお声がけください。(月 日)
- 項目によっては2週間以上お時間をいただいております。ご了承ください。

一般項目

個別金額	希望に○	一般健診 Cコース (¥8,000)	Dコース ¥4,010	Eコース ¥16,420	Fコース ¥19,860	医療従事者免許申請 Gコース ¥3,580
------	------	--------------------------	----------------	-----------------	-----------------	-----------------------------

診察							●
身長・体重	¥4,010	●	●	●	●	●	
腹囲							
血圧							
視力							
聴力							
尿検査	¥200		●			●	
心電図	¥980		●			●	

※採血すべて未実施の場合は表示金額より860円引いて請求いたします。

★貧血検査★

白血球数			●			●
赤血球数			●			●
血色素 (Hb)			●			●
ヘマトクリット			●			●
血小板数			●			●

★肝機能検査★

AST (GOT)			●			●
ALT (GPT)			●			●
γ-GT			●			●

★糖尿★

血糖 (随時)			●			●
血糖 (空腹)						
HbA1c	¥370		●			●

★脂質検査★

TG (中性脂肪)			●			●
T-Cho			●			●
HDL-Cho			●			●
LDL-Cho			●			●

※LDLは基本的に指定がない限り(計算法)での結果となります。

★レントゲン★

胸部レントゲン	¥1,580		●			●
---------	--------	--	---	--	--	---



オプション項目

希望に○ Cコース Dコース Eコース Fコース

大腸がん (便中2回法)	¥780					●
-----------------	------	--	--	--	--	---

HBs抗原	¥840				●	
HBs抗体	¥840				●	
HCV抗体定性 ・定量	¥1,000				●	
水痘・帯状疱疹 ウイルス抗体価	¥1,960				●	
風疹抗体価	¥1,960				●	
麻疹抗体価	¥1,960				●	
ムンプス抗体価	¥1,960				●	
T-SPOT (結核菌特異抗原)	¥1,890				●	

★内視鏡検査★

胃カメラ	¥10,860					●
大腸カメラ	¥16,320					

★尿酸検査★

UA	¥110					●
----	------	--	--	--	--	---

★腎機能検査★

CRE	¥110		●			●
-----	------	--	---	--	--	---

★CT検査★

胸部CT	¥13,970					
腹部CT	¥13,970					

★腫瘍マーカー★

CEA、CA19-9	¥2,190					
AFP、PIVKA	¥2,320					
PSA	¥1,180					

★循環器系★

ホルター心電図	¥16,630					
心臓エコー	¥8,360					
頸動脈エコー	¥3,330					
血圧脈波	¥950					
睡眠時無呼吸	¥6,840					

★眼科★ 希望に○ Cコース Dコース Eコース Fコース

眼底検査	¥1,070					
眼圧検査	¥780					

★各種検査★

ブドウ糖負荷	¥8,750					
甲状腺エコー	¥3,330					
甲状腺機能 (TSH、FT4、 抗サイログロブリン 抗体)	¥3,470					
リウマチ検査 (抗CCP)	¥1,890					
骨粗鬆症	¥3,420					
ピロリ菌検査	¥1,350					
アレルギー検査	¥13,590					
栄養指導	¥2,470					



2023/4/1~

2023/4/12~変更