記入例(表)

※この用紙はコンピュータで処理しますので折ったり、曲げたりしないでください

健康診断受診票

7 1 受付 8 8 8 8 8　受診日 2024年12月30日　0 0 0 0 0 5 0 0 0 0 0 1 0 2 0 3

受診区分 101

1956年03月07日 生まれ 男　2025/03/31 現在　69 歳

恵生会001株式会社
XX支店XX部XX課
ケイセイ タロウ
恵生　太郎　様

000005000001-00024112-(aaaa bbb)-(2400006)
514-297

緑の枠内をご確認ください。
（お名前・生年月日等）

★必ず健診前にご記入ください★

裏面の【個人情報の取り扱いについて】の内容に　同意します　同意しません

前回：2023/12/30

総コレステロール(TC)	150
中性脂肪(TGL)	80
HDLコレステロール	50
LDLコレステロール	60
AST(GOT)	25
ALT(GPT)	24
γ-GTP	47
アルカリフォスファターゼ(ALP)	324
アルカリフォスファターゼ(ALP)アイソ(CLIA)	40
赤血球(RBC)	500
ヘマトクリット(Ht)	42.0
血色素量(Hb)ヘモグロビン	15.0
白血球(WBC)	8.0
血小板数(PLT)	30.0
血糖随時	90
HbA1c(NGSP)	5.4
尿酸(UA)	3.0
尿素窒素(BUN)	15.0
クレアチニン(Cr)	0.60

腹部エコー　肝　胆　腎　膵　脾

身長　170.0　体重　6.7　腹囲

尿検査　糖　蛋　潜　ウロ　PH　ケトン

中止理由　1:生理中 2:排尿障害 3:その他

採血　食後

採血:臥床採血　血清　血球

便

血圧　収縮期　120　再

脈拍

視力　裸眼　右　左　矯正　右　左　欠

視力(両眼)　裸眼

1k Hz　右　左　所見なし　会話法

4kHz　右　左

眼底　右　左　眼底:縮瞳

沈渣　喀痰　子宮　虫卵　マンモ　骨密度

胃部X線

×している点線枠内は記入しないでください

医療法人 恵生会　2023/12/25

	血球	ファルコ	血糖	ファルコ	尿	ファルコ	確認用	ファルコ	心電図	便	ファルコ
195 男	1956										
000	000005000001		000005000001		000005000001		000005000001		000005000001	000005000001	

裏面の問診にご協力よろしくお願いいたします。

記入例(裏)

ご記入ください。（黒の鉛筆またはｼｬｰﾌﾟﾍﾟﾝを使用）

【ご本人様　記入欄】

● 女性の方のみご記入ください

①現在、生理中ですか　● はい　● いいえ

②現在、妊娠中ですか　● はい　● いいえ　● 疑い

←緑の枠は女性の方だけご記入ください。

質問事項に対し●や該当する数字を□にご記入ください

HBかBの鉛筆で記入

● ここ1か月で気になる症状を数字でご記入ください

01.頭痛　02.耳鳴り　03.めまい・立ちくらみ　04.動悸　05.肌の乱れ　06.息苦しさ・息切れ　07.喉の渇き
08.体のだるさ・疲れやすさ　09.肩こり・腰痛　10.指のこわばり・関節痛　11.手足のむくみ　12.不眠　13.咳や痰がよく出る　14.食欲がない
15.胸やけ・胃もたれがある　16.吐き気がする　17.胃が痛む　18.下痢しやすい　19.便秘しやすい　20.目が疲れやすい　21.目がかすむ・見えにくい
22.尿の回数が増えた　23.微熱が続く　24.手足がしびれる　25.イライラする　99.その他

● 特になし　No.（10個以内で記入してください）

● ご自分に該当する病名を数字でご記入ください

01.脳・神経疾患　02.高血圧　03.心臓病
06.糖尿病　07.肝臓病　08.腎臓病
11.貧血　12.胃・十二指腸疾患　14.循環器科疾患(02除く)
17.泌尿器科疾患(10除く)　18.その他の血液疾患(11除く)　19.内分泌・代謝疾患　20.免疫疾患　21.アレルギー疾患
22.感染症　23.眼科疾患　24.耳鼻咽喉科疾患　25.皮膚科疾患　26.乳腺・婦人科疾患
27.整形外科疾患　28.口腔科疾患　29.精神科疾患　99.その他

から選んで、数字をご記入ください。
病気になられた年齢もご記入ください。

① 現在、治療中の病気はありますか（5個以内で記入してください）

● 特になし　No.

② 過去に治療していた病気はありますか（5個以内で記入してください）

● 特になし　No.　年齢

該当しない場合は「特になし」に
● をご記入ください。

【医師　記入欄】

医師診察　特になし　貧血症状　脈拍異常　肩後肥大　四肢浮腫　顔面浮腫　心音異常　甲状腺肥大
皮膚病変　運動異常　関節異常　神経障害　結膜充血　頸部リンパ節　呼吸音異常

精検不要

有機溶剤　特定化学物質

色覚

前回　既往歴　現病歴(特になし)　他覚所見　特になし

体脂肪率　尿比重　右　左

肺活量(VC)　1秒量(FEV1.0)

30cm視力　裸眼　両眼　矯正

50cm視力　裸眼　両眼　矯正

聴力　250Hz　500Hz　2kHz　8kHz　右　左

【個人情報の取り扱いについて】　健康診断を行うために必要な範囲においてのみ個人情報を取得、利用いたします　下記内容をご確認、同意の上受診ください

記入もれがないか、ご確認ください。
ご協力ありがとうございます。

医療法人恵生会

TEL:072-982-5501　FAX:072-982-5502　受付時間:平日9時～17時
〒579-8036　大阪府東大阪市鷹殿町7-4