大阪府トラック協会

健康診断受診票

事業所名				事業者番号			
フリガナ		性別	生年月日	年齢			
氏名		男 女	S H 年 月 日				
会社住所							

※上記太枠内のみご記入ください。

受診日		受診番号		食後時間	<input type="text"/>	<input type="text"/>	時間
-----	--	------	--	------	----------------------	----------------------	----

検査項目		今回値		検査項目		今回値			
身体計測	身長 (cm)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	血液	No.				
	体重 (kg)	<input type="text"/>	<input type="text"/>		撮影日				
	腹囲 (cm)	<input type="text"/>	<input type="text"/>		心電図	No.			
視力	右 裸眼 (矯正)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	撮影日	直・間・デ				
	左 裸眼 (矯正)	<input type="text"/>	<input type="text"/>		胸部X線	No.			
聴力	検査方法	オージオ							
	右	1000 Hz	1.所見なし	2.所見あり		診察	1.異常なし		
		4000 Hz	1.所見なし	2.所見あり			2.不整脈		
	左	1000 Hz	1.所見なし	2.所見あり	3.結膜貧血様				
4000 Hz		1.所見なし	2.所見あり	4.甲状腺腫					
尿検査	糖	1. (-) 2. (±) 3. (+) 4. (2+) 5. (3+)							
	蛋白	1. (-) 2. (±) 3. (+) 4. (2+) 5. (3+)							
	生理中	1.はい 2.いいえ							
血圧	1回目 (mmHg)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	診察医	診察医			
	2回目	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		8.その他 ()			

問診事項

太枠の部分のみご記入ください。

当てはまるものがあれば、○を入れてください。

1~3. 現在、aからcの薬の使用の有無	
1. a:血圧を下げる薬	1:はい 2:いいえ
2. b:血糖を下げる薬またはインスリン注射	1:はい 2:いいえ
3. c:コレステロールや中性脂肪を下げる薬	1:はい 2:いいえ
4. 医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	1:はい 2:いいえ
5. 医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	1:はい 2:いいえ
6. 医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析など)を受けたことがある。	1:はい 2:いいえ
7. 医師から、貧血と言われたことがある。	1:はい 2:いいえ
8. 現在、たばこを習慣的に吸っている。	1:はい(最近1カ月間吸っており、生涯で6カ月以上吸っている、又は合計100本以上吸っている。) 2:いいえ 3:以前は吸っていたが、最近1カ月は吸ってない。(生涯で6カ月以上吸っている、又は合計100本以上吸っている。)
9. 20歳の時の体重から10kg以上増加している。	1:はい 2:いいえ
10. 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している。	1:はい 2:いいえ
11. 日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施している。	1:はい 2:いいえ
12. ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	1:はい 2:いいえ
13. 食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。 1:何でもかんで食べることができる 2:歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある 3:ほとんどかめない	
14. 人と比較して、食べる速度は?	1:速い 2:ふつう 3:遅い
15. 就寝前の2時間以内に夕食を取ることが週に3回以上ある。	1:はい 2:いいえ
16. 朝昼夕の3食以外に、間食や甘い飲み物を摂取する頻度は?	1:毎日 2:時々 3:ほとんど摂取しない
17. 朝食を抜くことが週に3回以上ある。	1:はい 2:いいえ
18. お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度は?	1:毎日 2:週5~6日 3:週3~4日 4:週1~2日 5:月に1~2日 6:月に1日未満 7:やめた 8:飲まない(飲めない)
19. 飲酒日の1日当たりの飲酒量は? 日本酒1合(アルコール度数15度/18ml)の目安:ビール(同5度/500ml)・焼酎(同25度/約110ml) ウイスキー(同43度/約60ml)・ワイン(同14度/約180ml) 缶チューハイ(同5度/約500ml・同7度/約350ml)	1:1合未満 2:1~2合未満 3:2~3合未満 4:3~5合未満 5:5合以上
20. 睡眠で休養が十分とれている。	1:はい 2:いいえ
21. 運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか? 1:改善するつもりはない 2:改善するつもりである(概ね6ヶ月以内) 3:近いうちに(概ね1ヶ月以内)・少しずつ始めている 4:既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) 5:既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)	
22. 生活習慣病の改善についてこれまでに特定保健指導を受けたことがありますか?	1:はい 2:いいえ

自覚症状

自覚症状があれば、○を入れてください。

1. 特になし	7. 脈がとぶ	《 女性のみお答え下さい 》 21. 生理中 22. 妊娠中 23. 妊娠の疑いがある ※妊娠中、妊娠の疑いがある方はレントゲン不可となります。
2. 疲れがひどい	8. 動悸がする	
3. めまいがする	9. 手足がむくむ	
4. 頭痛がする	10. 耳鳴りがする	
5. 肩がこる	99. その他()	
6. 腰が痛む		

既往歴・現病歴

下の一覧の中に、現在治療中の病気または、これまでにかかった病気がありますか。病気がかかった年齢及び、病気の経過を1-4の中から選び、記入してください。

経過	1 治療中	2 経過観察中	3 放置中	4 治癒
1. 特になし	7. 胃潰瘍	12. 狭心症	17. C型肝炎	
2. 高血圧症	8. 十二指腸潰瘍	13. 不整脈	18. 尿路結石症	
3. 糖尿病	9. 気管支喘息	14. 胆石	19. 前立腺肥大	
4. 脂質異常症	10. 肺結核(肺浸潤)	15. 脂肪肝	20. 子宮筋腫	
5. 痛風・高尿酸血症	11. 心筋梗塞	16. B型肝炎	98. その他()	
6. 脳梗塞			99. その他()	