


②【診断票】

任継者・家族健康診断個人票

No.

→健康診断を受けるご本人が記入して下さい	フリガナ	性別	生年月日	健康保険証	記号-番号	-
	氏名	男・女	昭和 平成	年	月	日
	住所	TEL - -				
	喫煙	次の内、あてはまる内容の( )内に○をつけて下さい ( )以前から(ほとんど)吸わない ( )以前は吸っていたが今は吸わない ( )現在喫煙している				
	疾患	次の内、現在治療中の病気があったら○をして下さい。 ( )脳出血・脳梗塞等 ( )狭心症・心筋梗塞等 ( )慢性腎不全・人工透析等				
	内服	現在、次の生活習慣病について治療中であり、あてはまるものがあつたら( )内に○をつけて下さい。 ( )血圧を下げる薬【高血圧】 ( )血糖を下げる薬【糖尿病】 ( )血中脂質を下げる薬【高脂血症】				
	家族の病歴	あなたの実の両親や兄弟姉妹で、次の病気にかかった方がいたら該当する病気を○で囲んでください ガン 脳卒中 心臓病 高血圧症 糖尿病 ぜん息 結核 心の病気				
	現病	あなたが今までにかかった病気について記入して下さい。			健康上、気になることを記入して下さい	
	既往	病名	何才頃	あてはまるものを○で囲んでください		
				治療中	経過観察	治療中断
			治療中	経過観察	治療中断	治った
			治療中	経過観察	治療中断	治った

検査結果			健診日	令和 年 月 日
検査項目	結果	所見	40才以上の方に追加	
身体計測	身長		心電図	
	体重			
BMI	BMI		診察所見	・所見なし ・所見あり
	腹囲			
視力	右(矯正)	. ( . )	総合判定	・異常なし ・コメントあり
	左(矯正)	. ( . )		
血圧	最大		作成日	令和 年 月 日記入
	最小			
尿検査	糖		医療機関名	
	蛋白			
貧血	潜血		医師	
	白血球			
脂質	赤血球			
	Hb			
肝機能	Hct			
	総コレステロール			
糖尿	中性脂肪			
	空腹時血糖			
腎機能	HDL-コレステロール			
	ヘモグロビンA1c			
胸部レントゲン	LDL-コレステロール			
	尿酸			
	尿素窒素			
	クレアチニン			
	撮影区分	間接 ・ 直接		
				

(注意)

上記検査項目については保険証を使用しないで下さい。  
精密検査や治療を要する場合は本人と相談の上、保険診療にてお願いいたします。

HOYAグループOSH推進室  
TEL 03-5913-2311