

お申込み内容 印字内容に誤りがあれば赤字で修正ください。

申込み団体 ()	検診月日	受付番号
保険者番号	検診会場	被保険者証等記号
フリガナ	受診コース	被保険者証等番号
氏名	生年月日 年 月 日 才	世帯・所属コード
住所 〒 ()	所属名 性別	地区コード
	個人コード	区分・組コード
	電話番号 ()	

(1) 過去、現在の病気について

ご記入の上、当日受付へご提出ください。該当する項目に✓点、または数字を黒鉛筆ではっきりとご記入ください。

該当なし

(2) 自覚症状について(1年以内)

該当なし

該当するものすべてに✓点をつけてください。

医療機関にて投薬治療中	医療機関に通院しているが投薬なし	過去の病気	手術歴	<input checked="" type="checkbox"/> 手足がしびれる	<input checked="" type="checkbox"/> のどが渇く	<input checked="" type="checkbox"/> 便に血が混じる
<input checked="" type="checkbox"/> 高血圧	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 胸が苦しくなる	<input checked="" type="checkbox"/> 体重が増えた	<input checked="" type="checkbox"/> 便秘がち(3日以上)
<input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 動悸がする	<input checked="" type="checkbox"/> 体重が減った	<input checked="" type="checkbox"/> 便が細い、残便感がある

(1) (2) (4) について
該当するところに ✓ を
該当しない場合は、「該当なし」に ✓ を記入してください。

腎臓疾患

眼科疾患

脳卒中 (脳梗塞、脳出血、くも膜下出血)

呼吸器疾患

高尿酸血症

前立腺疾患

胃・食道疾患

胃・食道疾患の治療歴がある方は病名に✓点をつけてください。

胃潰瘍 十二指腸潰瘍 胃ポリープ

慢性胃炎 その他 手術 S.H.R () 年頃

腸疾患

肝疾患

胆道疾患

膵臓疾患

甲状腺疾患

骨粗鬆症

うつ

整形外科的疾患

婦人科疾患

乳房疾患

耳疾患

その他の疾患

その他 ()

(3) 飲食について(最後の飲食が終わった時間) ※糖分量を含まない水分(お茶・水)を除く

昨日 例(時: 0~23) (分: 0~59) 本日の服薬 健診機関記入欄

本日 () 時 () 分 済・未 基礎疾患 尿未実施

(4) あなたの血族について

該当なし

該当するものすべてに✓点をつけてください。

	()	脳卒中	高血圧	心疾患	糖尿病	甲状腺疾患	突然死
	胃 大腸 子宮 乳 肺 その他						
父	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
母	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
兄弟・姉妹	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
子供	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
祖父母 おじおば		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

(5) 最後に健(検)診を受けた年と異常の有無について

直近の健(検)診について和暦でご記入ください。過去6年以上健(検)診を受けていない場合はご記入不要です。

最後の受診が令和5年の場合	(記入例) ※Rは「令和」を表します。	健康診断	健康診断	胃	大腸	子宮	乳	肺	前立腺
受診年	R 5	R	R	R	R	R	R	R	R
異常の有無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
精密検査	済・未	済・未	済・未	済・未	済・未	済・未	済・未	済・未	済・未

※この用紙は機械で読み取りますので、汚したり、折り曲げたりしないようにしてください。

裏面もご記入ください

(6)飲酒について

お酒を飲む頻度はどれくらいですか？

※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があり、最近1年以上飲酒していないこと

- 1.毎日 2.週5~6日 3.週3~4日
4.週1~2日 5.月1~3日 6.月1日未満
7.やめた 8.飲む習慣なし

上記(1~6)に記入した方へ、1日あたりの飲酒量は日本酒何合分ですか？

- 1合未満 2合未満 3合未満
5合未満 5合以上

日本酒1合(15度)180mlの目安

- ビール(5度) 500ml ●焼酎(25度) 110ml
●ワイン(14度) 180ml ●ウイスキー(42度) 60ml
●缶ビール(5度) 180ml

該当するところに✓を記入してください。
該当は数字を右づめで記入してください。

女性の方で、
子宮頸がん検診または乳がん検診を受診される方は、
(11)欄の記入をお願いします。

朝食を抜くことが週3回以上ある

睡眠で十分な休養がとれていない

選択肢の中から該当するものを1つ選び、✓点をつけてください。

朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取している
毎日 ときどき ほぼ摂取しない

食べる速さはほかの人と比べて
速い 普通 遅い

食事をかんで食べる時の状態は
なんでもかんで食べることができる
歯や歯ぐき、かみ合わせなどが気になり、かみにくいことがある
ほとんどかめない

運動や生活習慣を改善しようと思いませんか？
思わない

改善するつもり(概ね6ヶ月以内)
改善するつもり(概ね1ヶ月以内)
すでに改善している(取り組み6ヶ月未満)
すでに改善している(取り組み6ヶ月以上)

生活習慣改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか？
はい いいえ

04



(8)喫煙について

・現在、たばこを習慣的に吸っていますか？(加熱式たばこも含む)

- もともと吸わない
過去に吸っていた
吸っている
1日平均 CI() 本 x () 年

「過去に吸っていた」方はご記入ください

やめた年齢 () 歳
やめたのは何年前ですか () 年前

「吸っている」方はご記入ください

禁煙したいと思っていますか？
はい いいえ
たばこの種類について
紙巻 加熱式

を受ける方へお聞きします

- ない ある
ない ある

除菌を実施した年は？

- 1.昭和
2.平成
3.令和 () 年

ない方のみご記入ください。

既に受けた

(11)女性の方にお聞きします

妊娠中または、妊娠の可能性ありますか？ はい いいえ

本日は月経中ですか？ はい いいえ

最近の月経は () 月 () 日から () 日間
順調 不順

閉経している方
自然閉経 () 歳 術後閉経 () 歳

妊娠・出産について
帝王切開 () 回 最終出産年齢 () 歳
出産 () 回 妊娠 () 回

子宮頸がんの予防ワクチン(HPVワクチン)を接種したことがありますか？ ある ない

自覚症状について

該当するものすべてに✓点をつけてください。

- 不正性器出血 おりものが気になる
月経以外の下腹部・腰部の痛み 乳房のしこり
乳房の痛み 乳房の湿疹
その他 ()

乳房を意識する生活習慣「プレスト・アウェアネス」について

- 「プレスト・アウェアネス」を知っていますか？
知っている 知らない
乳房の自己検診や定期的に乳がん検診を受ける等行動していますか？
している していない