



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	検診会場	受付番号
保険者番号	受診コース	生年月日	被保険者証番号
フリガナ	生年月日	性別	世帯・所属コード
氏名	所属名	個人コード	地区コード
住所 〒	電話番号	区分・組コード	

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

(1) 過去、現在の病気について

(2) 自覚症状について(1年以内)  該当なし

治療中	経過観察	過去の病気	手術歴	手足がしびれる	腹が痛む
<input checked="" type="checkbox"/> 該当なし				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
高血圧					胸やけ、げっぷがある
糖尿病					ものがつかえる
コレステロール					便に血が混じる
貧血					便秘がち(3日以上)
心血管疾患					残便感がある
腎臓疾患					咳や痰が続く
眼科疾患	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	顔や手足がはくむ
脳卒中	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	痰に血が混じる(6ヵ月以内)

(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 ✓ をご  
 記入ください。

(3) 飲食について

「健康診断のご案内」裏面をご覧ください、ご記入ください。

- 例) ・昨日の昼12時20分に食事をした場合  
 → 「昨日 午後0時20分」と記入  
 ・昨日の夜7時20分に食事をした場合  
 → 「昨日 午後7時20分」と記入

(4) あなたの血族について  該当なし

※がん部位	がん	脳卒中	高血圧	心血管疾患	糖尿病	甲状腺疾患	突然死
1.胃 2.大腸 3.子宮 4.乳 5.肺 6.その他	※番号を記入						
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

(5) 最後に健(検)診を受けた年度と異常の有無について

健康診断	胃	大腸	子宮	乳	肺	前立腺
受診年度	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
異常の有無	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

※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でください。

裏面もご記入ください

その他の疾患 →

胃・食道疾患の病名	心血管疾患の病名
<input checked="" type="checkbox"/> 胃潰瘍	<input checked="" type="checkbox"/> 狭心症
<input checked="" type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍	<input checked="" type="checkbox"/> 心筋梗塞
<input checked="" type="checkbox"/> 胃ポリープ	<input checked="" type="checkbox"/> 弁膜症
<input checked="" type="checkbox"/> 慢性胃炎	<input checked="" type="checkbox"/> 不整脈
<input checked="" type="checkbox"/> その他の胃・食道疾患	<input checked="" type="checkbox"/> 大動脈疾患
	<input checked="" type="checkbox"/> その他の心血管疾患

