



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	才
住所 〒	所属名	性別
	個人コード	世帯・所属コード
	電話番号	地区コード
		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
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(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。
 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

高血圧	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
コレステロール等脂質異常症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
貧血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心血管疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腎臓疾患	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
眼科疾患	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
脳卒中	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
呼吸器疾患	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
高尿酸血症	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
前立腺疾患	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胃・食道疾患 <small>手術 S.H.R 年頃</small>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腸疾患	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肝疾患	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胆道疾患	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
膵臓疾患	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
甲状腺疾患	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
骨粗鬆症	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
うつ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
整形外科疾患	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
婦人科疾患	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
乳房疾患	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
耳疾患	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input checked="" type="checkbox"/> 昨日	<input checked="" type="checkbox"/> 午前	例(時: 0~11) (分: 0~59)	今日の服薬
<input checked="" type="checkbox"/> 本日	<input checked="" type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 時 <input type="checkbox"/> 分	済・未

(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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input 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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input 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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input 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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input 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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input 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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input 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



(6) 飲酒について

お酒を飲む頻度はどれくらいですか？

- 飲む習慣がない
- 時々飲む (回/週)
- 毎日飲む

日本酒1合(180ml)の目安
ビール 500ml 中瓶1本
ウイスキー 60ml ダブル1杯
焼酎(25度) 110ml
ワイン 240ml 2杯

[時々飲む][毎日飲む]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
- 3合以上

(7) 健康状態等について

あなたの現在の健康状態はいかがですか？

- よい
- まあよい
- ふつう

- あまりよくない
- 毎日生活に支障がある

- 満足
- 1日3食
- 半年前(※ささい)
- お茶や汁
- 6ヶ月間
- 以前に比べて歩く速度が遅くなったと感じる
- ウォーキング等の運動を週に1回以上している
- この1年間に転んだことがある
- 周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされている
- 今日が何月何日かわからない時がある
- 週に1回以上は外出している
- ふだんから家族や友人と付き合いがある
- 体調が悪いときに、身近に相談できる人がいる

(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)

※吸っているとは、「過去に合計100本以上」または「6ヶ月以上」吸っていて、「最近1ヶ月も吸っている」と

- もともと吸わない
- 過去に吸っていた
- 吸っている

[吸っている]方へ

禁煙したいと思っていますか？

- はい
- いいえ

過去に吸っていた、吸っていると答えた方

1日平均 CI()

本 × 年

たばこをやめた方

やめたのは 年前

やめたのは 年前

(9) 女性の方にお聞きます

閉経年齢

自然閉経 歳 術後閉経 歳

妊娠・出産について

出産 回 帝王切開 ()回 最終出産年齢 ()歳

妊娠 ()回

子宮頸がんの予防ワクチン(HPVワクチン)を ある ない 行ったことがありますか？

自覚症状

おりものが気になる

自己検診方法について 知らない

毎月している

時々している

していない

ある

ある

成功 失敗 不明 除菌を実施した年は？

1.昭和 年

2.平成 年

3.令和 年

(11) 胃がん検診受診調査 ※本日、胃がん検診を受けない方

今年度の胃がん検診受診について

- 受ける予定
- 受けた
- 受けない予定

【調査対象】

胃がん検診対象者で、本日胃がん検診を受診しない方

該当するところに ✓ をご記入ください。
は数字をご記入ください。

女性の方で、
子宮がん検診を受診される方は、閉経年齢、妊娠・出産について、HPVワクチン接種の有無を必ずご記入お願いします。