



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 年 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

	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
1 高血圧	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2 糖尿病	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3 コレステロール等脂質異常	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

(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。

1 <input checked="" type="checkbox"/> 手足がしびれる	9 <input checked="" type="checkbox"/> のどが渇く	18 <input checked="" type="checkbox"/> 便に血が混じる
2 <input checked="" type="checkbox"/> 胸が苦しくなる	10 <input checked="" type="checkbox"/> 体重が増えた	19 <input checked="" type="checkbox"/> 便秘がち(3日以上)
3 <input checked="" type="checkbox"/> 動悸がする	11 <input checked="" type="checkbox"/> 体重が減った	20 <input checked="" type="checkbox"/> 便が細くなった、残便感がある
4 <input checked="" type="checkbox"/> 脈が乱れる(不整脈)	12 <input checked="" type="checkbox"/> 食欲がない	21 <input checked="" type="checkbox"/> 咳や痰が続く

(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。

痰に血が混じる(6か月以内)  
 尿が出にくい  
 尿の回数が多い  
 腰痛・関節痛がある

8 脳卒中 (脳梗塞、脳出血、 も膜下出血)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9 呼吸器疾患	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10 高尿酸血症	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11 前立腺疾患	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
12 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。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
25 <input checked="" type="checkbox"/> 胃潰瘍	26 <input checked="" type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍	27 <input checked="" type="checkbox"/> 胃ポリープ		
28 <input checked="" type="checkbox"/> 慢性胃炎	29 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (ピロリ菌除菌を含む)	手術 S.H.R 年頃		
13 腸疾患	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
14 肝疾患	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
15 <input checked="" type="checkbox"/> ピロリ菌の除菌をされた方は29□その他に✓を記入してください。				

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

昨日 例(時:0~23) (分:0~59) 本日の服薬 済・未

本日 時 分

健康診断記入欄  
 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。

	(が ん)						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"/>											
母	<input checked="" type="checkbox"/>											
兄弟・姉妹	<input checked="" type="checkbox"/>											

けた年と異常の有無について

直近の健(検)診について和音で記入ください。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6年の場合	(記入例)健康診断 R 6	※Rは「令和」を表します。						
受診年	R 6	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
精密検査	(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？

※「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

Table with 4 columns: Beverage, Volume, Alcohol Degree, and Amount. Includes Beer (5%), Wine (14%), and various types of Japanese Sake.

(7)健康

選択肢の

- あなたの
毎日の
該当する

該当するところに✓を記入してください。
は数字を記入してください。

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。

- 1日3長さんと長へている
半年前に比べて固いものが食べにくくなった
お茶や汁物等でむせることがある
6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少があった
以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思う
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

05



(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

「過去に吸っていた」方をご記入ください

Form for past smoker: やめた年齢 ( ) 歳, やめたのは何年前ですか ( ) 年前

「吸っている」方をご記入ください

Form for current smoker: 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)

(9)胃がん検診・胃がんリスク評価を受ける方へお聞きます

- ない ある
ない ある

除菌を実施した年は？

Form for disinfection: 1.昭和, 2.平成, 3.令和

を受けない方のみご記入ください。

(11)女性の方にお聞きます

閉経年齢

Form for menopause: 自然閉経 ( ) 歳, 術後閉経 ( ) 歳

妊娠・出産について

Form for pregnancy: 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)を行っ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 26, おりものが気になる 27
月経以外の下腹部・腰部の痛み 28, 乳房のしこり 29
乳房の痛み 30, 乳房の湿疹 31
その他 ( ) 99

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