家族健康診断個人票

（ご注意）本健診は健康者の健康診断ですから本健診項目に関連する疾病を現在治療中の方は本健診を受けないでください。

団体名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

家族が記入する項	保険証番号			氏名		生年月日		続柄	
	健診年月日	平成　　年　　月　　日							
	既往症等	1.今まで長く治療した病気はありますか。(既往歴) いいえ　・　はい　(病名　　) 2.現在医者にかかっていますか。(他覚症状) いいえ　・　はい　(病名　　) 3.現在病気に関係する薬(例えば:高血圧・血糖・コレステロール等)を飲んでいますか。 いいえ　・　はい　(病名　　) 4.現在身体の調子の悪いところがありますか。(自覚症状) いいえ　・　はい　(病名　　) 5.現在喫煙していますか　いいえ・はい・今は吸ってない(　　年前に禁煙した)							

健診機関が記入する項	身体計測	身　長　　cm　体　重　　kg　標準体重　　kg 腹　囲　　cm　BMI				
	血　圧	～　mmHg	再検　～　mmHg			
	胸部X線	異常なし 要精検	尿検査	糖	－	＋
				蛋白	－	＋
				潜血	－	＋
	血液検査	赤血球	万/cmm	A ℓ－p		mu/mℓ
		白血球	万/cmm	尿酸		mg/dℓ
		ヘモグロビン	g/dℓ	総コレステロール		mg/dℓ
		ヘマトクリット	%	中性脂肪		mg/dℓ
		ZTT	U	HDLコレステロール		mg/dℓ
		GOT	mu/mℓ	LDLコレステロール		mg/dℓ
		GPT	mu/mℓ	空腹時血糖		mg/dℓ
		γ－GTP	mu/mℓ	ヘモグロビンA1C		%
	心電図					
	総合診断					

上記の通り診断します。

令和　　年　　月　　日

健診機関名

担当医師名　　㊞

経済団体健康保険組合