

健診日 年 月 日 氏名 年齢 男・女

**【健診準備】** 以下の質問についてご回答ください。

健診当日、目がさめてから絶食されていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
尿は健診前日の夕食(食べ始めた時刻)2時間後の尿ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 持参なし
便を持参されましたか？	<input type="checkbox"/> 2日分 <input type="checkbox"/> 1日分 <input type="checkbox"/> 持参なし
今までにバリウム検査を受けられて、具合が悪くなったことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 受けたことがない

**【乳房触診について】** 女性のお客様は診察時に乳房触診があります。(診察医が男性の場合もございます。)

乳房触診を希望されますか？	女性の方はいずれか必ずご回答ください。	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
---------------	---------------------	-------------------------------	--------------------------------

※男性のお客様は回答の必要はございません。

**【治療中の項目について】** 現在、治療(内服・点眼含む)や検査で通院されている方は、枠内に「○」を記入してください。また、お薬手帳をお持ちの方は当日ご持参ください。

疾患の種類	治療中		検査のみ		疾患の種類	治療中		検査のみ	
	当院	他院	当院	他院		当院	他院	当院	他院
1. がん [術後含む]					16. 腎臓				
2. 呼吸器					17. 泌尿器				
3. 心臓病					18. 甲状腺				
4. 高血圧					19. 膠原病 [リウマチなど]				
5. 糖尿病					20. 脳神経				
6. 脂質異常症 [高脂血症]					21. 心療内科				
7. 痛風 [高尿酸血症]					22. 白内障				
8. 血液内科 [貧血など]					23. 緑内障				
9. 食道					24. 他 眼科疾患				
10. 胃・十二指腸					25. 耳鼻科				
11. 大腸					26. 皮膚科				
12. 肝臓					27. 整形外科				
13. 胆のう					28. 婦人科				
14. すい臓					29. その他				
15. 乳腺					(漢方・市販薬・サプリメント等)				

**【オプション検査申込み欄】** ご希望のオプション検査に「○」を記入してください。  
\*のついている項目は当日に結果説明/その他は2~3週間後に結果表をお送りします。

検査名	料金(税込)	希望	検査名	料金(税込)	希望
1. 頭部MR検査(MRI・MRA/血圧脈波検査)	44,000円		12. NT-proBNP検査(心不全)	3,300円	
2. 胸部らせんCT検査	11,000円		13. MAST-48MIX(アレルギー検査)	16,500円	
3. 内臓脂肪CT検査*	5,500円		<b>腫瘍マーカー</b>		
4. マンモグラフィ(乳房X線検査)	5,500円		14. CEA(大腸がん・肺がん)	1,650円	
5. 3Dマンモグラフィ(トモシンセシス)	8,800円		15. AFP(肝臓がん)	1,650円	
6. 血圧脈波検査(動脈硬化度測定)*	4,400円		16. PSA(前立腺がん) ※男性のみ*	1,650円	
7. 骨塩定量検査*	3,300円		17. CA19-9(膵臓がん)	1,650円	
8. HBs抗原検査(B型肝炎)	1,650円		18. CA19-9+エラスターゼ1(膵臓がんセット)	3,300円	
9. HBs抗体検査(B型肝炎)	1,650円		19. 喀痰検査 ※後日採取	4,400円	
B型肝炎ワクチン接種歴: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(時期 / 回)			20. 膵臓MR検査(MRCP) ※後日検査	44,000円	
10. HCV抗体検査	1,650円		21. 全身MR検査(DWIBS) ※後日検査	88,000円	
11. ピロリ菌抗体検査	1,650円		別途、胸部らせんCT、婦人科健診(女性のみ)の受診が必要です		
ピロリ菌の除菌歴: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(時期 頃)			上部消化管内視鏡検査 ※要事前予約	7,700円	

**【生活習慣】** 以下の質問についてご回答ください。

1. 現在の喫煙習慣(加熱式タバコも含む)	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う 1日約( )本 喫煙年数( )年間
2. 過去の喫煙歴(日常的に吸っていたが、禁煙した)	( )日前まで / ( )年前まで 1日約( )本 喫煙年数( )年間
3. 飲酒の習慣	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週3~5回 <input type="checkbox"/> 週1~2回 <input type="checkbox"/> 月に1~3回
4. お酒の種類と量(飲まない方は未記入)	(1) ビール ( )本 (1本500mL、350mLは0.7本として) (2) 日本酒 ( )合 (3) 焼酎 ( )杯・本 (25%1杯100mL、酎ハイ1本350mLとして) (4) ワイン ( )杯 (1杯100mLとして) (5) ウイスキー( )杯 (ストレートダブル1杯60mLとして) (6) その他 ( )

**【自覚症状】** 該当する症状がある方は記入してください。

1. 回転感のあるめまいがする	<input type="checkbox"/> はい
2. 目の前が暗くなる様なめまい感や、意識が遠のいて失神しそうな感じがすることがある	<input type="checkbox"/> 立位のみで <input type="checkbox"/> 立位以外でも
3. せきが続けている	<input type="checkbox"/> はい
4. 痰がよく出る	<input type="checkbox"/> はい
5. 最近3ヶ月以内に血痰が出たことがある	<input type="checkbox"/> はい ( )回
6. 胸が痛み、せき、くしゃみ、深呼吸でひどくなる	<input type="checkbox"/> はい
7. 背中中の痛みがある	<input type="checkbox"/> 全体 <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 左側
8. 胸痛や胸部圧迫感がある	<input type="checkbox"/> はい
痛みの持続時間は	<input type="checkbox"/> ほんの一瞬 <input type="checkbox"/> 3分未満 <input type="checkbox"/> 10分未満 <input type="checkbox"/> それ以上
痛みがおこるのは	<input type="checkbox"/> 歩行・運動したとき <input type="checkbox"/> 安静時 <input type="checkbox"/> 夜中や明け方
9. 動悸を感じる	<input type="checkbox"/> はい
10. 脈の不整を感じる	<input type="checkbox"/> はい
11. 坂道や階段で息切れが目立つようになった	<input type="checkbox"/> はい
12. 足がむくむ	<input type="checkbox"/> はい
13. 最近腹痛がある	<input type="checkbox"/> はい
14. よく胸焼けがする	<input type="checkbox"/> はい
15. 最近便通に変化があった	<input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 下痢と便秘を繰り返す
16. 乳房にしこりを感じる	<input type="checkbox"/> 右乳房 <input type="checkbox"/> 左乳房 <input type="checkbox"/> 両方
17. 朝、手指などにこわばりがある	<input type="checkbox"/> はい

**【その他】**

1. 前回の健診以降にかかった病気や受けた手術をご記入ください	
病気:	
手術:	
2. 1年前と比較して著しい体重の増減がありましたか？	<input type="checkbox"/> はい ( )ヶ月間で約( )kg <input type="checkbox"/> 減少 <input type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
3. 特に医師におたずねになりたい点がございましたら、具体的にご記入ください	



---

# おたずね

人間ドック健診用

---



PL東京健康管理センター

● お知らせ ●

健診での個人情報 は 合理的利用目的の範囲を越えて取り扱う事はありません。  
尚、健康保険組合よりお越しのお客様は、契約により健康保険組合・事業所へ  
結果表が送付される場合がありますのでご了承ください。