

健康診断問診票 (1)

検温 : _____ °C

フリガナ

お名前 : _____ (男 ・ 女 ・ その他)

Name : _____ Passport No. : _____

生年月日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 : _____ 歳

住所 : 〒 _____ - _____

Address : _____

自宅 : _____ 携帯 : _____

勤務先 : _____ 勤務先 TEL : _____

1. ご希望のコースに☑をつけてください。

雇入時 定期 A 定期 B 定期 C

追加オプション (_____)

2. 業務歴はありますか。

はい ・ いいえ

仕事内容 (_____) 期間 _____ 年 _____ ヶ月

3. 自覚症状について当てはまるものに☑をつけてください。

動悸 息苦しい

頭痛 肩こり

めまい 耳鳴り

倦怠感 息切れ

胸焼け 顔や手足のむくみ

のどが渇く 手足のしびれ

腰痛 特になし

その他 (_____)

4. 現在持っている病気はありますか。

脳卒中 (脳出血、脳梗塞等) 心疾患 (狭心症、心筋梗塞等) 緑内障

高血圧 糖尿病 貧血 不整脈 骨粗鬆症 がん アトピー

コレステロール・中性脂肪が高い 尿酸が高い 骨粗鬆症 精神疾患

その他 (_____)

5. 現在服用している薬はありますか。

はい ・ いいえ 薬の名前 (_____)

