

雇用時健康診断・問診票

フリガナ： _____

氏名： _____ 昭和・平成・令和 年 月 日生/年齢 才

性別：男・女 本日の体温 _____ °C/新型コロナワクチン接種回数 ()回

住所：〒 _____

固定電話：() - () - ()

携帯電話：() - () - ()

緊急時連絡先：() - () - ()/続柄 ()

1. 必要な項目に○をして下さい(就業先にご確認下さい)。

- ・問診、診察
- ・身長、体重、BMI、腹囲 当院で記入：身長 / 体重 / BMI / 腹囲
- ・血圧 当院で記入：BP① / ② /
- ・尿検査 当院で記入：蛋白()/糖()/潜血()
- ・視力検査 当院で記入：裸眼 R () / 裸眼 L ()
- ・聴力検査 (1000Hz・4000Hz の測定 要/不要)
- 当院で記入： 1000Hz 異常なし R/L 4000Hz 異常なし R/L
- ・血液検査→貧血/肝機能/血糖/血中脂質/その他()
- ・HbA1c (ヘモグロビン A1c)
- ・胸部エックス線検査
- ・心電図検査
- ・領収書の宛名：ご本人様/就業先()

2. 現在、治療中の病気・内服薬がありましたら☑を入れて下さい→☐なし

- 糖尿病 高血圧 脂質異常 高尿酸血症・痛風 喘息 花粉症
- 癌() 心疾患 脳梗塞・脳血症 緑内障 前立腺肥大
- 内服薬 (内容 _____)
- 手術経験 (内容 _____ : 年 月頃)
- その他(_____)

3. 薬剤アレルギーのある方は☑を入れて下さい→☐なし

- 薬剤(薬剤名 _____) 消毒用アルコール

4. 以下の嗜好品で該当欄のある方は☑を入れて下さい→☐なし

- 喫煙歴 : ()年間・本数()本/日
- アルコール : 週()日/何を _____ /どれ位 _____

5. 女性の方へ

- 妊娠中 妊娠の可能性ある 授乳中 あてはまらない