～・～・～・～・～・～・～ 雇用時健康診断・ 問診票 ～・～・～・～・～・～・～

フリガナ：　　当院で記入：ID

氏名：　　昭和・平成・令和　　年　　月　　日生／年齢　　才

性別：男・女　　本日の体温　　℃／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. 必要な項目に〇をして下さい（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　□妊娠の可能性がある　□授乳中　□あてはまらない