

雇用時健康診断・問診票

フリガナ： _____			
氏名：	昭和・平成・令和	年	月
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○をして下さい。

・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 / L 矯正 R / 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

※項目は、予め就業先にご確認下さい

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

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

3. 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