

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。

・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 → 雇用先にご確認下さい)
 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

- 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