

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 _____ ℃
住所：〒 _____	
主要連絡先：(_____) - (_____) - (_____)	
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(_____)
- 診断書の受取りは 1 週間後以降、受付でお渡しいたます。医師からの検査結果の説明は希望者のみ行います。診察の方と同様、受付順にご案内いたします。ご希望の際はお申し出下さい。

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