

# 健診を受けられる方へ

記入日 年 月 日

ふりがな		男		生年月日 大・昭・平
氏名		女	歳	年 月 日
電話（自宅）	( ) -	住所 〒		
(携帯番号)				
家での血圧	/ mmHg			
薬剤アレルギー	□なし □あり 薬剤名 ( )			
他のアレルギー	□花粉（スギ・ヒノキ・イネ・その他） □その他 ( )			
採血時	□アルコール消毒可 □アルコール消毒不可 □気分が悪くなることがあります			
お薬手帳持参	□なし □あり（受付に提出ください。治療中の薬名の記載あれば以下③薬名記入不要です）			

① 本日、食後何時間での来院ですか？ 食後 ( ) 時間

② 本日、調子の悪いところがあれば、ご記入ください。

( )

③ 今までにかかった病気又は現在、他院で治療中の病気がありますか？

□なし □あり（ありの方は以下記入ください。お薬手帳持参の方は薬名の記入不要です）

( 歳の時) 病名 ( ) 薬名 ( ) □治療中 □治癒

( 歳の時) 病名 ( ) 薬名 ( ) □治療中 □治癒

( 歳の時) 病名 ( ) 薬名 ( ) □治療中 □治癒

( 歳の時) 病名 ( ) 薬名 ( ) □治療中 □治癒

④ 有害物質（アスベスト・石綿など）・有害薬品を扱うような職に就いたことがありますか？

□なし □あり ( )

⑤ 家族で以下のような病気にかかった方がいますか？

□高血圧（誰が： ） □糖尿病（誰が： ） □高脂血症（誰が： ）

□心筋梗塞（誰が： ） □狭心症（誰が： ） □ ( ) の癌（誰が： ）

□脳卒中（誰が： ）

⑥ アルコール：□なし □あり ( 回/ 月・週 何を： ml/日)

⑦ タバコ：□なし □あり ( 年間 本/日)

□禁煙中 ( ) 年前から 禁煙前は ( 年間 本/日) 吸っていた

⑧ 妊娠の可能性（女性の方のみ）□なし □あり \*ありの場合レントゲン・腹囲の検査はなし

## ★看護師記入欄

エクセル入力 ( 済 ・ 未 )

身長		検尿	蛋白	糖	血圧	/
体重		視力 裸眼	右	左	聴力 1000	右 左
腹囲		裸眼	□コンタクト装着で測定不可		聴力 4000	右 左
採血	あり・なし	裸眼	□0.1 以下		その他	
X-P	あり・なし	視力 矯正	右 ( ) 左 ( )			
EKG	あり・なし	矯正	眼鏡	コンタクト		