雇入れ健診チェック表（ID= ）記入日：　　　/　　/

フリガナ　 　　　　　　　　　　　　　 　　　　　性別：男/女　　年齢：　　　　歳

氏名：　　　　　　 　　　　　様　 生年月日：　　　/　 　/

住所：(〒　-　　)

電話：　　(　　　　)　　　　　　携帯：　　　(　　　　)

血圧　 　/　 　 脈拍　 　　/分 ★枠内のみ記入して下さい

|  |
| --- |
| 1. 現在、何か自覚症状はありますか? (　)いいえ(　)はい
2. 以前に、何か病気に罹ったことはありますか? (　)いいえ(　)はい

(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　)1. これまでに就いたことのある業務についてお答えください。

(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　)1. その他、特記すべきことがありますか?(　　　　　　　　　　　　　)
2. 女性の方のみお答えください。

現在妊娠中あるいは妊娠の可能性はありますか?　 (　)いいえ(　)はい |

1. 他覚所見(診察)　　　　　　　□チェック

(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

1. 身長・体重・腹囲測定 □チェック

 身長(　　　　)㎝：体重(　　　　)㎏：腹囲(　　　　)㎝

1. 視力測定 □チェック

 右：(　　　　) □裸眼 □眼鏡/コンタクト

 左：(　　　　) □裸眼 □眼鏡/コンタクト

1. 聴力測定 □チェック

右： 1000Hz (　　　　) 4000Hz (　　　　)

左： 1000Hz (　　　　) 4000Hz (　　　　)

1. 胸部X線 □チェック
2. 採血 □チェック
3. 検尿 □チェック 尿蛋白(　　) 尿糖(　　)
4. 心電図 □チェック
5. その他　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

医療法人泉仁会ハートクリニック