

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 今まで罹患した大きな病気(入院や手術など)はありますか?
()
- ② お酒を飲みますか?()いいえ()はい…下記の一つを選んでください。
・ビール ()500mL以下 ()500mL以上 毎日/週()日/時々
・日本酒 ()1合以下 ()1合以上 毎日/週()日/時々
・焼酎 ()100mL以下 ()100mL以上 毎日/週()日/時々
- ③ タバコは吸っていますか?()いいえ()はい _____本× _____年
- ④ 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

⑤ 身長・体重・腹囲測定 チェック
身長()cm: 体重()kg: 腹囲()cm

⑥ 視力測定 チェック
右:() 左:()

⑦ 聴力測定 チェック
右: 1000Hz ()
4000Hz ()
左: 1000Hz ()
4000Hz ()

⑧ 胸部 X線 チェック

⑨ 採血 チェック

⑩ 検尿 チェック 尿蛋白()尿糖()

⑪ 心電図 チェック