

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している可能性はありますか?()はい

⑤ 身長・体重・腹囲測定 チェック
()cm()kg()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

検尿 チェック

⑩ 心電図 チェック