

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

・ワイン ()グラス2杯以下()グラス2杯以上 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:() 裸眼 眼鏡/コンタクト

左:() 裸眼 眼鏡/コンタクト

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