

# 健康診断問診票

年 月 日 (ID: )

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日 ( 歳)
電話番号	(携帯)	メールアドレス	
	(自宅)		
住所	〒		

- ◆現在治療中(内服中)の病気はありますか? 無・有 ( )
- ◆今までに大きな病気をしたことがありますか? 無・有 ( )
- ◆今までに従事したことがある仕事はありますか? 無・有 ( )
- ◆喫煙について: 吸わない・吸う・やめた ( 歳から ) ( 本/日 )
- ◆飲酒について: 飲まない・飲む・やめた ( 毎日・機会飲酒 ) ( 杯/日 )

**! 以下当院記載欄 (ご記載なさないでください) !**

— \* —

身長 cm  
体重 kg  
腹囲 cm  
血圧 /

視力 矯正 無・有  
視力 矯正 無・有

聴力  
右 1000Hz 異常 無・有  
右 4000Hz 異常 無・有  
左 1000Hz 異常 無・有  
左 4000Hz 異常 無・有

尿糖 尿蛋白

(下記はチェック項目)

胸部単純X線

心電図

採血