

# 健康診断申込書

|                                |     |                                                                   |                                                                                           |       |                                                            |
|--------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------------------------------------------------|
| ※診察券をお持ちの場合はお名前・診察券番号だけご記入ください |     |                                                                   |                                                                                           |       |                                                            |
| 記入日 令和3年 月 日                   |     | 診察券 <input type="checkbox"/> あり(番号: ) <input type="checkbox"/> なし |                                                                                           |       |                                                            |
| ふりがな                           |     | 生年月日                                                              | <input type="checkbox"/> 大正<br><input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 男性<br><input type="checkbox"/> 女性 |
| お名前                            |     | 電話番号                                                              |                                                                                           |       |                                                            |
| ご住所                            | 〒 - |                                                                   |                                                                                           |       |                                                            |

◆今までの仕事の内容についてご記入ください(業務歴) ※〇〇歳~建築、事務、営業、医療、飲食など  
( )

◆現在治療中の病気があればチェックしてください

- 高血圧症  高脂血症  糖尿病  肝臓病  心臓病  腎臓病  消化器病  
 リウマチ  貧血  脳出血・脳梗塞  がん  ぜんそく  花粉症  
 その他 ( )

◆今までかかった病気があればチェックしてください(既往歴)

- 高血圧症  高脂血症  糖尿病  肝臓病  心臓病  腎臓病  消化器病  
 リウマチ  貧血  脳出血・脳梗塞  がん  ぜんそく  花粉症  
 その他 ( )

◆普段飲んでいる薬はありますか？

- ある  ない

「ある」とお答えの方は下記にご記入いただくか、おくすり手帳や薬の内容がわかるものをお持ちください  
( )

◆今までに病気やけがで手術を受けたことはありますか？

- ある  ない

◆今までに健康診断でなにか異常を指摘されたことがあれば下記にご記入ください

( )

◆ご自身のからだでなにか気になる症状があれば下記にご記入ください

( )

◆お酒を飲みますか？

- いいえ

はい 平均週 日 お酒の種類 1日の量 (単位) ml・合・本

◆タバコ(電子タバコ含む)を吸いますか？

- いいえ  はい  以前吸っていた

◆女性の方はあてはまる項目があればチェックしてください

- 妊娠中  妊娠の可能性あり  授乳中

◆その他に何かありましたらご記入ください

( )