

健診を受けられる方用

年 月 日

フリガナ 氏名		性別	女・男	生年月日 T・S・H・R	年 月 日 才
住所	〒		電話番号（自宅）（ ） （携帯）（ ）		
女性の方		妊娠していない・妊娠中（ 週）・授乳中			

平熱（____.____）℃ 現在の熱（____.____）℃

今日受診される健診を✓してください

- 特定健診 成人健診 後期高齢者健診 胃癌リスク検診 胸部検診
 大腸がん検診 前立腺がん検診 乳癌検診 肝炎ウイルス検診
 法定健診（採用時健診）採血あり 法定健診（採用時健診）採血なし
 その他の健診 _____

今までにかかったことのある病気 ない・ある（ある方は○をつけて下さい）

狭心症・不整脈・緑内障・前立腺肥大・ぜんそく・高血圧・糖尿病・脂質異常・うつ病・癌・
バセドウ病・その他（ _____ ）

お薬手帳をお持ちですか ない・ある

あると答えた方→受付にお薬手帳をお出してください

ないと答えた方→服用中のお薬があれば飲んでお薬： _____

アレルギー ない・ある ※必ずお答えください

あると答えた方→薬剤（ _____ ）・食物（ _____ ）・花粉・アルコール綿
その他（ _____ ）

ご家族の方の病気（○をつけて下さい）

脳梗塞・くも膜下出血・心臓病・高血圧・糖尿病・血液疾患

がん（部位： _____）・甲状腺疾患・精神疾患・その他（ _____ ）

4か月以内に海外旅行に 行っていない・行った（行き先： _____ ）