

# 健康診断 申込書

フリガナ			男・女
氏名			西暦 月 年 ( 日生 才)
現病歴 既往歴 服薬歴  (なしかありどちらかに ○をつけて下さい) なし あり →	過去の大きな病気・手術や、現在治療中の病気・症状のある方はご記入下さい		
	何歳の時/何歳から (例) 42才～	病名等 高血圧	治療・お薬名 アムロジン
喫煙歴	1. 吸わない 2. 吸う _____本 / 日 ・ _____年間 3. やめた(吸っていた時→) _____本 / 日 ・ _____年間		
飲酒歴	1. 飲まない 2. 飲む 週に 約 ( ) 回 ・ 約 ( ) 杯 / 回 または 月に 約 ( ) 回 ・ 約 ( ) 杯 / 回		
空腹時間 <small>糖分の入りの飲料水も含む</small>	最後にカロリーのあるものを口にしてから 約 _____ 時間		
女性の方のみ	本日生理中ですか？ ( はい ・ いいえ ・ 終わりかけ )		
住所	〒 _____		
電話番号	(自宅) _____	(携帯) _____	
領収書のお宛名 (ご希望の方のみ)	どちらかに○をお付けください ご本人名 または ご企業様名 [ _____ 様宛て ]		
受取方法	1. ご来院    2. 郵送(切手代84円・封筒宛名ご記入)    3. メール(要タリタス登録) ↳ 自宅・会社・その他( _____ )		
<b>業務歴について 下記の業務に就いたことがありますか？</b>			
高温・又は低温環境下の業務	いいえ	はい	その業務によって体調を崩したり、病気を発症した事がある方は、具体的な業務と症状をご記入ください。
放射線被ばくの危険の業務	いいえ	はい	
異常気圧下の業務(潜水夫など)	いいえ	はい	
身体に激しい振動を与える業務(削岩機・チェーンソー)	いいえ	はい	
危険物、有害物質を扱う業務	いいえ	はい	
特定化学物質(有機溶剤など)を扱う業務	いいえ	はい	
有害ガス、粉塵等の曝露、危険のある業務	いいえ	はい	
病原体を扱う業務	いいえ	はい	

<small>当院使用欄</small>												
HbA1c	Crea	BUN	UA	eGFR	CRP	TC	TP	麻疹	風疹	近見	血圧2回	色覚
HBs抗原	HBs抗体	HCV抗体3rd	ALP	ALB	nonHDL					肥満度	標準体重	握力
A (問診・視力・聴力)	B (A + 胸部XP + 尿)								服薬歴		喫煙歴	飲酒歴
C (B + 採血)	D (法定11項目・C + 心電図)								アレルギー歴		脈拍	
E (生活習慣病健診・脈波)	F (E+ 胃バリウム)										コピーあり	