

# 健康診断 申込書

フリガナ			男・女
氏名			西暦 月 日生 ( 才)
現病歴 既往歴 服薬歴 <small>(なしかありどちらかに ○をつけて下さい)</small> 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		
視力検査時	1. 裸眼(または眼内レンズ)    2. コンタクトレンズを入れている    3. 眼鏡使用		
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	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110円・封筒宛名ご記入)    3. メール(要タリニクス登録) ↳ 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 事がありますか?  いいえ はい 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	

当院使用欄

HbA1c   Crea   BUN   UA   eGFR   CRP   TC   TP   麻疹   風疹  
 HBs抗原   HBs抗体   HCV抗体3rd   ALP   ALB   nonHDL  
 A (問診・視力・聴力)    B (A + 胸部XP + 尿)  
 C (B + 採血)            D (法定11項目・C + 心電図)  
 E (生活習慣病健診・脈波)    F (E+ 胃バリウム)

近見   血圧2回   色覚  
 肥満度   標準体重   握力  
 服薬歴   喫煙歴   飲酒歴  
 アレルギー歴   脈拍  
 コピーあり