

健康診断 問診票

ふりがな
お名前 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
住 所 _____ 性別 男性・女性
電話番号 _____ 緊急連絡先の電話番号 _____

(1) 今日の健診の種類をお選びください。

- 雇用時・入社時・入学時の健診 入社後の定期健診 生命保険加入前健診
ご自身の健康把握のための健診 その他 (_____)

(2) 現在、何か症状はありますか？

- ない ある (症状をご記入ください； _____)

(3) これまでに何か病気にかかったことがありますか？ (カゼなど軽いものは除く)

- ない ある (病名とその時の年齢をご記入ください。例；40歳ごろ 高血圧)

[_____]

(4) ふだん使用しているお薬はありますか？

- ない ある (薬の名前をご記入ください。お薬手帳があれば記入不要です。)

[_____]

(5) 薬や食べ物のアレルギーはありますか？

- ない ある (アレルギーが出た薬や食べ物の名前をご記入ください。)

[_____]

(6) 放射線や有機溶剤、粉塵など有害物質に関連する仕事の経歴はありますか？

- ない ある (業務内容をご記入ください； _____)

(7) (女性の方) 妊娠・授乳の有無を教えてください。

- 妊娠していない 妊娠の可能性がある 妊娠中 授乳中

(8) 領収書の宛名をお選びください。

- ご本人名 会社名 (ご記入ください； _____)

(9) 採血検査がある場合、健診結果票の受け取り方法についてご希望を選んでください。

- 後日受診し、医師から結果の説明を聞いて受け取る
医師からの説明は不要でレターパックでの郵送にて受け取る (追加料金400円)