

健康診断(内科用)

記入年月日

年 月 日

フリガナ

名前

年齢

生年月日 T・S・H 年 月 日 (男・女)

住所

電話番号 ( ) —

以下の質問にお答えください。○をうって下さい。

- ・お酒を飲みますか？ 毎日飲む・時々飲む・飲まない
- ・たばこを吸いますか？ 吸う( 本/日)・吸わない
- ・今までに、入院や手術などの大きな病気の経験がある方はお書きください。
  
- ・現在治療中の病気がある方はお書きください。

女性の方のみお答えください。

- ・現在妊娠中及び妊娠の可能性はありますか。( ない・ある・わからない )

— . . . . . 以下は空欄のままお願いします — . . . . .

血圧 (	/	)	脈拍	レントゲン		
身長	cm	体重	kg	腹囲	cm	心電図
BMI			採血	検尿		
視力	右	( )	聴力			
	左	( )				